



ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

ANNO XIV — 1894.

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. FERDINANDO MASSEI

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Dott. ALESSANDRO TRIFILETTI

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia.

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8° ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L' abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. 5 per l' Italia, L. 6 per l' Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al prof. **MASSEI**, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l' abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s' intendono riconfermati per l' anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l' acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. **MASSEI**.

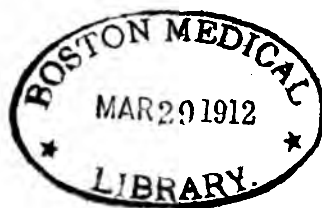
Anno XIV — 1894

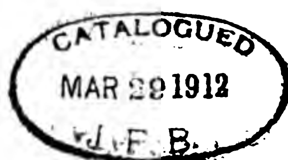
NAPOLI

STABILIMENTO TIPOGRAFICO MERIDIONALE

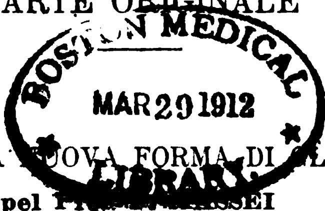
Via Nuova Pizzofalcone, 14

1894


BOSTON MEDICAL
MAR 29 1912
LIBRARY.


CATALOGUED
MAR 29 1912
J. F. B.

PARTE ORIGINALE



SU DI UNA NUOVA FORMA DI GLOSSITE

pel [illegible]SSEI

Sin dal gennaio 1884, nel Giornale: la «*Rivista Clinica e Terapeutica*» diretta dal prof. De Renzi, io publicai una *nota clinica*, scritta in novembre 1883, su di una *nuova forma di glossite.*

Dopo parecchi anni, autori pregevoli, assai più competenti, hanno descritto la stessa forma, dimenticando, od ignorando, la maggior parte, quella mia modesta publicazione.

Non per lo spirito di rivendicazione, ma per una legittima soddisfazione che quello che io nel 1884 descrissi è giusto e preciso, ho determinato ristampare, immutato, il lavoretto; mi permetterò soltanto in ultimo poche considerazioni.

È risaputo che la infiammazione della lingua può essere acuta e cronica, generale e parziale, superficiale e profonda, e su queste basi poggiano le relative forme cliniche, importantissime talora e fonte di gravi dissesti funzionali. Ma quella di cui mi accingo a ragionare, pare degna di massimo interesse, e se pure intravista da qualcuno. non ancora accompagnata in tutte le sue fasi

Racconterò dapprima genuinamente la osservazione che mi ha suggerita la presente nota, e mi studierò, poscia, di fare alcuni apprezzamenti bibliografici, anatomici e clinici.

In settembre u. s. si presentò all'Ambulatorio di Laringojatria dell'Ospedale Clinico una donna in sui 48 anni, una tale Biancardi Vincenza, Napoletana, di condizione venditrice di seggiole, maritata, robusta, la quale da più giorni era travagliata da severa disfagia. Non febbricitava, nè presentava sintomi riferibili altrove che alla gola, onde mi accinsi, raccolte queste brevi notizie, ad esaminarla. L'interesse crebbe quando non rinvenni veruna lesione apprezzabile nell'istmo delle fauci, mentre il quadro fenomenologico deponeva in favore di una tonsillite ordinaria.

Si noti però che il deprimere la lingua riesciva dolorosissima cosa, laonde subito passai a completare l'esame mercè lo specchio laringeo.

Alla base della lingua, un pò più avanti della fossetta glosso-epiglot-

tica destra, si vedeva una rilevatezza di forma quasi regolarmente rotonda, la circonferenza della quale si poteva, per dimensioni, rassomigliare benissimo a quella di un pezzo da 5 centesimi, ed intorno a cui la mucosa, tumida e rossa, formava un vero anello. La superficie superiore di questa tumescenza era leggermente scavata nel centro e limitata alla periferia da numerose sporgenze ineguali, molte delle quali terminavano con una punta bianca, mentre mûco-pus e brani di epitelio ne ricoprivano le ineguaglianze. Più in là del cingolo, le papille circumvallate, rosse e sporgenti, e più oltre, verso l'epiglottide e l'adito laringeo, nulla

Se l'inferma non avesse di primo acchito detto che le sue sofferenze datavano da pochi giorni soltanto, la prima domanda che io avrei istintivamente rivolta a me stesso, sarebbe stata se mai mi fossi trovato di fronte ad un infiltrato gommoso ulcerato od un epitelioma, tanti erano, al solo esame con la vista, i punti di rassomiglianza con l' uno e con l'altro. Queste due possibilità, però, doveano presto dileguarsi come nuvole al vento, senza neppur fermarsi all' assenza di qualsiasi ingorgo glandolare, e cedere il posto alla idea di una flogosi acuta e circoscritta, seguita da parziale suppurazione di alcuni elementi staminali, che meritava un fausto pronostico, il quale ebbe in tre o quattro giorni completa conferma. E bastarono i soliti gargarismi emollienti (altea— orzo) con un pò di borace. Volli accompagnare passo, passo la guarigione ed ogni giorno vedeva decrescere il rossore, il turgore e mitigarsi il dolore.

Fin dal primo giorno che osservai l'inferma e poscia nei seguenti, io riandava con la memoria ad un caso analogo che pur avea avuto in pratica, ma del quale nè nel mio memoriale, nè nei miei registri son riuscito a trovar traccia. Forse la prima volta, meno impressionato, mi lasciai andare ad una involontaria negligenza, e questa seconda, la coincidenza richiamava tutta l'attenzione per sapere quali ne fossero le cause e quali i tessuti interessati.

In verità, tra le prime, il trauma meritava la pena di un'attenta critica, ma tutto era muto.

La donna non avea mangiato pesci con grosse lische, nè avea inghiottito pezzi di osso, ed il dolore che la travagliava era venuto su a gradi, con un crescendo, come mai si verifica in caso di accidenti consimili. Non era epilettica, nè i denti avrebbero potuto mordere in quel posto la lingua. Niuna cauterizzazione era stata praticata, niuna scottatura avea avuto luogo, nè così profondamente poteva giungere la malefica azione di denti guasti e taglienti. Il sesso escludeva l' azione del tabacco, ed ella infatti non avea l'abito di fumare o bere sostanze alcooliche. Anche a voler ritener vera la mala influenza del mercurio e del jodo, qui non era nemmeno a parlarne, chè niuna cura del genere era stata intrapresa. Secondaria di piemia, di tifo, di reumatismo arti-

colare, di gangrena della bocca, evidentemente non era quella forma di glossite.

Il solo momento etiologico, che a me però sembrava a prima giunta inconciliabile, era il reuma, perocchè la paziente pertinacemente asseriva che per ragione del suo mestiere avea dovuto passare intere ore in una chiesa fredda, mentre rattrovavasi a corpo estuante.

L'infiammazione non era nè intensa, nè profonda, onde la glossite parenchimatosa non cadeva in questione.

La forma descritta da Wunderlich, cioè la lingua divisa per tante screpolature in isolotti di forma ed estensione varia (*glossitis dissecans*), non rispondeva per niente al quadro che avea innanzi.

E così pure la varieta chiamata *papillare* da Requin e Grisolle, nella quale la flogosi circoscritta alle grosse papille della base è rilevabile con lo specchio, si annunzia con sporgenze rosse, consistenti, le quali cagionano senso di bruciore che si esacerba quando s'ingollano sostanze irritanti, o calde.

La limitazione del processo, stando a quanto ne insegna il Niemeyer, non era conciliabile con l'acuzie del decorso, onde non a torto io intravedeva che la mia osservazione avea impronta o poca nota, o nuova del tutto. E me ne riconfermo oggi che, fatto divisamento di scriverne, ho compiuta una sommaria rivista di autori vecchi e moderni.

Grisolle accenna alla forma papillare; Michelotti non parla che della glossite parenchimatosa; in Kunze, in Jaccoud, in Niemeyer, nulla che si riferisca al caso in questione. Vogel, nella Enciclopedia di Ziemssen, segue il medesimo andamento e lo stesso trattato del prof. Gamberini, che è uno dei più belli, più completi e recenti, è, sull'argomento in questione, muto del tutto. In alcune monografie speciali, lo stesso silenzio, anche in quella del Grazzi, assai pregevole, che riguarda un caso di glossite parenchimatosa acutissima.

Il solo Dechambre, in uno stupendo articolo nel Dizionario enciclopedico che piglia il suo nome, distingue la glossite in superficiale e profonda, e suddivide la prima in infiammazione del derma mucoso, delle papille e dei follicoli. A proposito di questa ultima io tradurrò con la massima esattezza tutto quanto è scritto, per lasciare piena libertà di giudizio al lettore. Facciamo dunque parlare il Dechambre.

« L'infiammazione dell'apparecchio glandulo-follicolare (*glossite follicolare*) invade con una frequenza ed una intensità particolari, lo strato profondo delle glandole a grappolo che si estende alla base della lingua; ma può anche invadere le glandole del resto dell'organo. È il contrario di quel che accade per la glossite veramente papillare, che mi è sembrata forse più pronunziata avanti e sui lati. La glossite follicolare è, sovente, una semplice estensione dell'angina dello stesso nome. Essa dà luogo ad una secrezione abbondante e verdastra che a torto s'interpetra

come l'indizio di uno stato bilioso. Borchard ha fatto altra volta alla Società di Medicina di Bordeaux, su questa forma di glossite, una comunicazione, gli elementi della quale non sono stati mai pubblicati *in extenso.*

Ricordiamo che, per molti autori, gli è dalla infiammazione dei follicoli che si origina l'afta, e dalla erosione del loro orifizio che si forma l'ulcerazione aftosa. Ma tutte le infiammazioni follicolari non mettono capo all'ulcerazione, soprattutto se non hanno il carattere francamente acuto, ed allora inducono la produzione di nodosità, di rilevatezze rotonde o piane, visibili non solo alla parte posteriore della lingua, ma anche su tutta la lunghezza della faccia dorsale ».

Da questa testuale citazione, da cui chiaramente risulta prevista la possibilità di una infiammazione limitata ai follicoli, non emerge però con tutta evidenza la forma da noi descritta; laonde non sarà fuori di proposito fare, in questo luogo, poche considerazioni anatomiche, prima di quelle cliniche; le une che serviranno molto allo studio patogenetico, le altre che varranno a farci aprire gli occhi sopra possibili errori relativi a diagnosi di sede.

La lingua si può considerare come una massa muscolare rinchiusa in un indumento mucoso, al quale son devolute due grandi proprietà sensitive, il tatto ed il gusto, e la superficie esterna del quale è sollevata da gran numero di piccole sporgenze; alcune non sono che semplici papille vascolari, altre (molto più numerose) sembrano esclusivamente destinate alla sensibilità. Per la loro forma si distinguono in semplici od emisferiche, filiformi o coniche, fungiformi e caliciformi, e sono distribuite diversamente. Le caliciformi o circumvallate, nel numero di 8—15 (Hyrtl) occupano la regione del dorso della lingua che corrisponde all'istmo delle fauci, e sono ordinate in due linee convergenti in dietro come i lati di un V, nell'apice del quale è situata la papilla vallata più grande. Dietro poi, e sino alla epiglottide, vi sono le cosiddette *glandulae lenticulares linguae*, cioè glandole follicolari sviluppatissime, mentre all'apice del detto V si osserva il forame cieco ove sboccano molte glandole mucipare del dorso della lingua.

Su queste glandole e su questi follicoli non sarà inutile fermarci alquanto, come cose che direttamente riguardano il fatto nostro.

Epperò ricorderemo brevemente che le glandole mucose (glandole a grappolo) sono situate immediatamente sotto la mucosa, o tra gl'interstizii dei fasci muscolari. Alla base della lingua formano uno strato spesso 4—8 millimetri, dall'epiglottide al V linguale, e da un'amigdala all'altra, al di sotto dei follicoli chiusi e delle papille caliciformi.

Noi taceremo delle glandole conglomerate che stanno in mezzo alle fibre muscolari, talune delle quali si dicono di Weber, ed una di Blandin, come quelle che non han rapporto con quanto vogliamo dimostrare. Importa notare soltanto che le prime, ed i follicoli che for-

mano uno strato più superficiale, ma eguale per distribuzione topografica, ponno renderci conto della forma morbosa a cui abbiamo accennato ed alla quale allude pure Dechambre.

Questi follicoli, che sollevando la mucosa ne rendono irregolare la superficie, ognun dei quali rappresenta una piccola ampolla, nel fondo della quale mette foce il dotto escretore di una glandola mucosa e si aprono alla superficie per un orifizio rotondo, possono, infiammando e suppurando, spiegarci a meraviglia l'aspetto particolare che assume il processo limitato a quella regione. E quando si pensa che la mucosa si deprime lì per tappezzarne la cavità, e le pareti son fatte da una membrana fibrosa spessa, mentre fra di essa e la mucosa vi sono follicoli chiusi, rotondi ed ovali, molto vascolari, analoghi a qnelli della milza o delle ghiandole di Peyer, noi, senza grande fatica comprendiamo benissimo la diffusione del processo infiammatorio, la tensione dei tessuti ed il dolore, donde la grave disfagia. Ora, senza negare la concomitanza della *glossite follicolare* con l' angina dello stesso nome, la formazione delle afte, o la produzione di nodosità con un decorso meno tumultuario (Dechambre, Borchard), noi avevamo ragione di scrivere, in testa all' articolo, che questa da noi osservata e descritta ci pare una forma nuova. Ma più che ciò, a noi preme assodare che il tessuto glandolare della base della lingua può infiammare acutamente e parzialmente, per gruppi, per isole, per chiazze e molto probabilmente sotto l'influenza di cagioni reumatiche, mettendo capo alla suppurazione dei follicoli e con un corteo d'irritazione collaterale esteso alla mucosa limitrofa.

Clinicamente, infine, codesta forma deve ricordarci quell' altra più classica della tonsillite acuta, con la quale si confonderebbe, se l' esame diretto non constatasse che niuna traccia di lesione esiste sull'amigdala.

Anzi, se ammaestrati dalla somiglianza dei sintomi, vogliamo mettere in quadro le varie forme di angine acute, noi avremo a considerare in sedi diverse:

1) l'angina tonsillare — che è la tonsillite acuta, superficiale o flemmonosa;

2) l'angina epiglottica — che è un processo infiammatorio anch' esso superficiale o profondo dell'epiglottide, e che oltre alle cagioni reumatiche ne riconosce una culminante nelle scottature;

3) la glossite follicolare basica — della quale ci siamo occupati di proposito.

Il pratico, dunque, tenendo presente tutto ciò, quando non riscontra le tonsille infiammate e l'infermo si lagna di disfagia, ha il dovere di approfondire le sue ricerche fino a rintracciare la vera sede del male, e non giudicare superficialmente, come pur troppo si vede talfiata, negando a certi sintomi il giusto valore.

Questo esame riesce *assai facile*, grazie allo specchio laringeo, il quale è più fedele del dito, che bene raggiunge la base della lingua e l'epiglottide. Dico *assai facile*, in quanto comunque applicato lo specchio, anche dai meno esperti, riconosce, con minore molestia per i pazienti, subito e senza equivoci, la sede propria del male.

Richiamata ora l'attenzione dei pratici sopra un'altra forma, resta ancora a sapere quale è il posto che per frequenza essa occupa nell'ordine di queste lesioni che, con un vocabolo molto generico, ma pure assai significativo, noi continuiamo a chiamare angine.

Ecco la nota testualmente riprodotta.

Son passati degli anni, e, cosa singolare, a me non è stato dato vedere altri casi simili sino a questo in corso, quando ne ebbi ad osservare quasi contemporaneamente due, in tutto e per tutto identici a quello testè descritto. E devo soggiungere che nel rileggerne la storia, io ho provato una certa compiacenza nel constatare che il quadro clinico da me descritto, per questa che chiamai *glossite follicolare*, era stata una fedele riproduzione del vero. Nè sarei ritornato sull'argomento se, in una recente pubblicazione (della quale ora dirò più minutamente) il Seifert non mi avesse fatto l'onore di citarmi ed attribuirmi la priorità nella descrizione di questa forma.

Io potrei fermarmi qui, se non avessi a fare due sole considerazioni: la prima sulla etiologia, intorno alla quale gli studî moderni ed i due casi da me posteriormente osservati gettano una certa luce, la seconda relativa alla storia di questa forma morbosa.

A proposito del primo caso scrissi così: « il solo momento etiologico, che a me però sembrava a prima giunta inconciliabile, era il reuma, perocchè la paziente pertinacemente asseriva che per ragione del suo mestiere avea dovuto passare intere ore in una chiesa fredda, mentre rattrovavasi a corpo estuante ».

Se, per analogia, noi vogliamo ricordare quello che la batteriologia ci ha insegnato relativamente alle flogosi acuta *dell'amigdala palatina* (soprattutto alla forma *follicolare* ed alla *flemmonosa*), noi potremmo rigorosamente applicarlo a questa patologia della *tonsilla linguale*, che ha, con l'altra, identità di struttura, di funzione, ed è, come l'altra, per topografia, tanto favorevole a trattenere pneumococchi e cocchi piogeni, che da ospiti innocenti, ponno, sotto l'azione di lievi cause, divenire malefici.

Naturalmente questa non è un'affermazione apodittica, ma una ipotesi che poggia sopra tante solide basi di patologia e di analogia, che la si potrebbe accettare come una logica intuizione, fino a che ricerche batteriologiche non l'avranno tradotta in una realtà.

Nè è da trascurare il fatto che, in entrambe queste due mie osservazioni postume, alle quali ho accennato, avea preceduto, a breve sca-

denza, il grippe. Ora, a parte le tuttora discutibili opinioni sull'agente patogeno, è oramai comunemente nota la facilità con la quale, nel corso, e poco dopo dell'influenza, si verificano in moltissimi organi e tessuti, in sedi accessibili o recondite, forme flemmonose che si devono ritenere come metastasi da streptococchi (*streptococchemia metastatizzante* del Cantani), ond'io, pur sperando ed attendendo di potere adeguatamente completare codeste ricerche, ho fermo convincimento che la *follicolite basica* della lingua, *o follicolite della tonsilla linguale* si possa, fin da ora, ritenere, analoga alla follicolite della tonsilla palatina, in cui il Gabbi (per compendiare le ricerche di Vignal, Cornil, Netter, B. Fränkel, Seifert, Rendu, Palmi, Alessi, Sendtver, Bernabei, Hartot, Sokolowski e Dmochowski), ritrovò il cocco capsulato del Fränkel nei follicoli chiusi, ed in quelli suppurati, oltre a questo, lo streptococco piogeno aureo ed un proteo.

Potrò, per terminare, riassumere brevemente la storia di questa *nuova forma* (omettendo, beninteso, tutto il resto che riguarda l'amidgala linguale) riferendomi ai lavori di Ruault, di Seifert e Colin, non senza menzionare che, posteriormente a quelle di Ruault, altre osservazioni congeneri sono state riferite da Cartaz, Luc e Hélary.

Ruault (1) in una memoria presentata alla Società Clinica di Parigi aveva, in maggio del 1888, riferendo talune osservazioni d'ipertrofia della tonsilla linguale, segnalata pure la possibilità della flogosi acuta di questa regione, riportandone un caso. Nel 1892, poi, nel suo giornale riferì 6 osservazioni (5 personali, una comunicatagli dal Cartaz) che gli fornirono occasione ad uno stupendo articolo intitolato: *sopra una varietà poco conosciuta di angina flemmonosa*, e che egli battezza per *peri-amigdalite linguale flemmonosa; flemmone sotto-mucoso superficiale della base della lingua.* Dalla lettura di questi casi importanti e della giudiziosa epicrisi, non rimane alcun dubbio che l'autore ha magistralmente descritta la flogosi flemmonosa della tonsilla linguale, ma l'esame obbiettivo è abbastanza diverso da quello da me riferito, e per darne, a chi legge e non avesse presente questo dotto lavoro, una idea chiara, mi permetterò dire in due parole che la forma descritta dal Ruault corrisponde esattamente alla flogosi flemmonosa della tonsilla palatina, come la mia corrisponde alla flogosi follicolare, con esito, però, in secondo tempo, di suppurazione.

Dal che si può conchiudere che la varietà descritta dal Ruault non è esattamente quella da me studiata, ma che entrambe queste forme esistono in pratica, forse la flemmonosa più frequentemente della follicolare, di decorso più rapido, e con modalità diversa, come diverse sono quelle da me rilevate e dette innanzi.

---

(1) V. *Archives Internationales de Laryngologie, de Rhinologie et d'Otologie.* N. 1 e 2, tome V, 1892.

Recentemente; in un bellissimo articolo « *die Pathologie der Zungentonsille* » (*la patologia della tonsille linguale*) Seifert(1) illustrando le varie forme, si occupa altresì di questa di cui ho ragionato e che chiama « *tonsillite pre-epiglottica acuta, nello stretto senso* ». La lusinghiera citazione chè egli fa del mio lavoro (l'A. dice: Massei *sembra sia stato il primo che abbia descritto codesta forma*) mi ha deciso alla ristampa, e non è senza compiacimento e senza riconoscenza per l'amico che annunzio questa rivendicazione.

Seifert ne fissa la localizzazione alle glandole della base della lingua, ne accusa il decorso subacuto e fa notare che Hagen e Gurovitsch (2) non separano nettamente questa dalla tonsillite pre-epiglottica follicolare acuta, e Clark (3) riferisce 3 casi di tumefazione acuta della tonsilla linguale.

Seifert stesso ne riporta 3 esempi soltanto e perciò insiste sulla rarità con cui si verifica, ed opina che le cause debbano essere le identiche dell'angina catarrale acuta, tranne il caso d'un trauma che, francamente, io devo eliminare, essendomi occupato esclusivamente della forma spontanea.

Ed infine Colin(4) affermando sempre la rarità dei casi, ne ha, in questi ultimi tempi, ricordato un altro, il quale si scosta più dalla descrizione del Ruault e si avvicina più alla mia, nel senso che egli parla di « *un tumore rosso* (alla base della lingua) *un po' mammellonato, con parecchi orifizi*, da cui, *mercé la sonda si fa uscire del pus* » sino al punto che la sonda può « *penetrare da un orifizio ed uscire da un'altro* ».

Forma più follicolare, che veramente flemmonosa, come egli la intitola in omaggio a Ruault. E solo è lamentevole che egli scriva: che la descrizione data dal Ruault « è la *prima per la data* » (l' A. si riferisce al lavoro del 1891) « *e la sola esatta* ».

Tanto per la storia e per la verità; in questo periodo di vertiginoso progresso e d'inondazione di lavori letterarii, il più abile poliglotta, lo studioso il più diligente, rimane sopraffatto. Ed è strano che misurando col metro taluni organi, si osi affermare, da taluni, l'importanza, maggiore o minore di una data branca, in ragion diretta della misura millimetrica!

Io non ho voluto nulla rivendicare: chissà che credendo di aver richiamata l'attenzione su questa forma, non sia stato io stesso preceduto e non abbia battezzato per *nuova*, una cosa già *vecchia!*

---

(1) V. *Archiv für Laryngologie und Rhinologie.* Erster Band. Heft I, — Berlin, 1893.

(2) *Med. Gesellsch. zu Leipzig, 16 X,1888—e Archiv der Laryngologie, 15 VI, 1888.*

(3) *Boston, Med. and Surgical Journal, 6 II, 1890.*

(4) V. *Archives Internationales de Laryngologie, de Rhinologie et d'Otologie,* tome VI, N. 5, Septembre-Octobre 1893.

SULL' ETIOLOGIA DELL' OZENA

pel Dott. G. STRAZZA.

Siccome in questi ultimi tempi, tanto per generare confusione, la terminalogia sull'ozena ha subito un notevole aumento, così per meglio intenderci, premetto che chiamo « ozena » la forma genuina coi noti segni clinici e isto-patologici, escludendo le forme dipendenti da infezione sifilitica e quegli scoli fetenti, sintomatici di ritenzione di secreto per la presenza di un ostacolo, o di stati suppurativi dei seni nasali.

L' affezione, nota anche agli antichi, ha tutt' ora una etiologia oscurissima.

Le teorie emesse per spiegare il suo svolgimento sono andate crescendo cogli anni, ma qui mi limiterò ad enunciare le più importanti.

a) Zaufal (1) con Hartmann (2) fanno dipendere l'ozena da una causa tutt'affatto meccanica; cioè dall'ampiezza maggiore, congenita delle fosse nasali, per la quale condizione i secreti normali non potrebbero venire espulsi. Le alterazioni che si verificano poi nella mucosa sono d'indole secondaria, provocate dalla presenza delle croste.

b) Michel (3) avendo notato che l'ozena in alcuni casi andava unita ad empiema dei seni nasali, specialmente etmoidali e sfenoidali, ha creduto di poter affermare che la rinite ozenica non era che un sintoma secondario dell'affezione di questi seni.

c) Molti clinici, indipendentemente dai cultori della specialità, avevano notato che gli affetti d'ozena erano individui giovani, per lo più di sesso femminile, che presentavano tutte le note di una nutrizione generale scadente, sicchè propendevano a giudicare quest'affezione come un segno di un costituzionalismo viziato.

Le statistiche e le osservazioni di molti rinologi confermarono questa veduta clinica e con ciò la dottrina discrasica ha acquistato un grande valore.

d) Era naturale che coll'importanza acquistata dalla bacteriologia nella patogenesi dei morbi, si dovesse pensare ad un microparassita specifico dell'ozena.

---

(1) Aerzt. Correspondenzblatt, 1877 n. 24.
(2) Deutsche medic. Wochenscrift, 1878 n. 13.
(3) Die Krankheiten der Nasenhöhle, Berlin 1876.

Infatti, dopo le ricerche di Löwenberg, il concetto parassitario ha fatto molta strada tra le varie opinioni.

L'opinione di Zaufal, accettata da molti, venne con successo combattuta da Zuckerkandl, che riescì a dimostrare come ogni stato atrofico dei cornetti fosse dipendente da un processo patologico e non da un fatto congenito.

La dottrina di Michel è caduta.

Oggi, quindi, senza tenere conto della teoria del Berliner(1), comunicata all'ultimo congresso internazionale medico, che fa dipendere l'ozena dalla compressione specialmente del turbinato medio contro il setto, e quindi dei vasi che distribuiscono il sangue nella mucosa, le due dottrine che raccolgono il maggior numero di fautori sono la *parassitaria* e la *discrasica*.

*
* *

Dopo le ricerche di Löwenberg (2) precedute da quelle di E. Fränkel (3) vennero i lavori di Rotrer (4), di Hayak(5), di Marano (6), ma tutti si limitarono all'esame bacteriologico delle croste ozeniche, o del muco ozenico, senza mai potere venire a conclusioni convincenti sia *pro*, *sia contro* l'idea parassitaria.

Io ho tentato altre ricerche, ripetendo prima gli esami bacteriologici del secreto ozenico e estendendo poi le indagini alla mucosa ozenica che mi sforzai di studiare dilingentemente dal lato isto-patologico.

Già nella prima adunanza della Società Italiana di Otoiatria, Rinologia e Laringologia, io ebbi occasione di riferire i risultati di ripetuti esami bacteriologici del secreto nasale nella rinite ozenica: esami che portavano ad ammettere, unitamente a altre speci di bacterii, la presenza di un bacillo capsulato che, per le sue proprietà morfologiche e biologiche, s'identificava con quello descritto dal dott. Marano.

Esso non venne mai rinvenuto nel secreto di altre forme di riniti.

Riporto le conclusioni del lavoro:

1.°) Questo bacillo, che assume delle proporzioni diverse secondo lo stadio di coltura, si sviluppa in tutti i terreni di coltura noti.

2.°) Non fluidifica la gelatina.

3.°) Si colora con la colorazione rapida fatta coi comuni colori di anilina, solo nei contorni e nelle estremità, restando scolorato uno spazio circolare, più, o meno ampio.

---

(1) Ueber Ozaena. Deutsche Medic. Wochenscrift, 1889.
(2) De la nature et du traitement de l'ozéne Paris, 1884.
(3) Wirckow's Archiv. Bd LXXV, 1 Heft, 1879.
(4) Zur Morphologie der Bacterien des Ohres und Nasenrachenraumes, 1889.
(5) Berlin. Klin. Woch. n. 33, 1888.
(6) Archivii italiani di Laringologia. Anno X. Fasc. 1.

Questo spazio venne dal dott. Marano ritenuto come il principio di sporificazione o come linea di segmentazione.

Colla tecnica però di colorazione delle spore, questo spazio chiaro scompare e il bacillo appare colorato totalmente.

4.°) È anaerobico facoltativo.

5.°) Non si sviluppa a una temperatura inferiore a 10 centigradi.

6.°) È patogeno per le cavie.

Ho inoculato tre animali, il primo morì dopo 24 ore, il secondo dopo due giorni, il terzo, a cui venne inoculata poca quantità di una cultura attenuata, dopo cinque giorni. Le colture praticate con materiale preso dai visceri degli animali diedero lo sviluppo della nota forma bacillare.

7.°) Non ha movimenti proprii.

8.°) Non ho notato sporificazione.

9.°) Le culture pure di questo bacillo non tramandano odore cattivo. Neppure le colture in cui venne innestata altresì una forma di stafilococco accidentale avevano odore.

Il fetore compariva, ma non era quello caratteristico dell'ozena, quando s'innestava nella coltura il bacillo della putrefazione, che si rinvenne nelle croste che hanno dimorato a lungo nelle fosse nasali.

10.°) Si differenzia dal bacillo capsulato del rinoscleroma perchè non si colora, come quello del Pfeiffer, col metodo di Gramm.

11.°) Si differenzia poi dal bacillo capsulato di Pfeiffer, perchè a pari condizioni di sviluppo, la forma capsulata rinvenuta nel naso è più piccola.

S' aveva quindi una forma parassitaria, troppo frettolosamente dal dott. Marano e quest'anno dal dott Abel (1) denominato *bacillo ozenico*, la quale per trovarsi presente solo nelle forme squisitamente ozeniche, c'induceva a sospettare che si trattasse del parassita specifico.

Ho detto « sospettare », poichè di fronte alle norme scientifiche stabilite per poter considerare una data forma parassitaria come patogenicamente specifica di una malattia, era troppo poco l'essere riusciti a *isolare* una forma bacillare in un terreno, dove pullulano tante specie di bacterii.

È per questo che, riferite con molta riserva le mie prime indagini, istituii ricerche bacteriologiche nella mucosa ozenica.

Nei malati ozenici, nei quali si presentava l' opportunità, esportai porzioni della mucosa nasale e in questa guisa ebbi occasione di esaminare 14 casi nei diversi stadii.

* * *

Le alterazioni anatomiche che intervengono in questo processo morboso erano già note per studii di E. Fränkel (2), Krause (3), Ha-

(1) Centralblatt fur Bacteriologie and Parasitenkunde XIII Bd 93 d.° 155.
(2) L. C.
(3) Wirckow's Archiv. Bd 87 und. 90, 1881.

bermann (1), Schuchardt (2), Seifert (3) e Zuckerkandl (4). Usufruendo del materiale, ripetei gli esami istologici, e il concetto anatomo-patologico che ne ritrassi s'identifica coll'opinione già espressa da B. Fränkel (5), che cioè l'ozena va considerata come un vero processo infiltrativo, di natura flogistico, nella cui fase risolutiva si determina una sclerosi del tessuto e una profonda modificazione del rivestimento epiteliale.

Si ha cioè *uno stato d'infiltrazione semplice*, non differenziabile da quello che si riscontra nelle altre rinlti comuni e che può essere rappresentato da una vera ipertrofia della mucosa e *uno stato atrofico*, nel quale si distinguono due momenti; l'uno iniziale colle glandole mantenute, l'altro a processo inoltrato nel quale è avvenuta la completa scomparsa del sistema ghiandolare.

Lo stato atrofico colle sue due fasi caratterizzante, clinicamente, l'ozena, merita maggiori particolari sulle alterazioni anatomo-patologiche che intervengono.

Nella fase atrofica iniziale, il rivestimento epiteliale conserva ancora negli strati profondi la forma cilindrica, non è che negli strati superficiali che assume la forma poliedrica. Il carattere epidermoidale non è fornito che da qualche elemento superficiale.

La superficie è leggermente ondulata, ma, mano, mano che il processo di raggrinzamento s'avanza, gli strati epiteliali, oltre che aumentare in spessore, s' infiltrano a guisa di zaffi nel derma mucoso, facendo assumere alla superficie della mucosa un aspetto marcatamente papillare.

Nel derma-mucoso è notevole una fitta infiltrazione cellulare, che si estende profondamente e contorna gli aggruppamenti ghiandulari, inframmettendosi tra gli acini.

In questo stadio comincia a far capolino il tessuto cicatriziale, specialmente nelle parti sottoepiteliali: tessuto cicatriziale che coll'avanzarsi del processo tenderà ad invadere tutti i territorii, specialmente quello in cui sono comprese le ghiandole.

Il sistema lacunare, non molto sviluppato, si fa notare per una minore ampiezza degli spazii.

Importante a notarsi sono le alterazioni che avvengono nella sfera vasale. Come aveva già Krause accennato, avviene nell'ozena un vero processo di endo-arterite obliterante.

Come ho potuto persuadermene dall'esame di varii preparati, è notevole, specialmente nei grossi vasi, una intensa infiltrazione cellulare,

---

(1) Zeitschrift f. Heilk, Bd VII. 1886.

(2) Volkmann'sche Samml. klin Vorträge.

(3) Resoconto del Congresso Internazionale medico. 1890.

(4) Normale und Pathologische Anat. der Nasenhöhle. II Band. 1882.

(5) Zeimssen's Cyclopoedia 1876, volum. IV.

sia della muscolare, che dell'avventizia, che ha per effetto una notevole riduzione del lume nasale e qualche volta la completa obliterazione.

Ora, senza annettere una importanza capitale a questo processo morboso del sistema vasale riguardo la genesi dell'atrofia, è innegabile che la nutrizione della mucosa, flogisticamente infiltrata, ne debba soffrire e queste alterate condizioni trofiche debbano concorrere a derminare la degenerazione cicatriziale.

Le ghiandole sono ancora numerose: solo notansi in qualche gruppo i segni di degenerazione.

Nella fase atrofica avanzata l'epitelio ha assunto un vero carattere epidermoidale, specialmente negli strati superiori. Questi si distinguono dagli altri e per la forma pavimentosa degli elementi che sono privi di nucleo, e perchè non vengono colorati che debolmente dal picrocarminio.

Essi non aderiscono intimamente agli altri strati, anzi in qualche punto si vedono sollevati e distaccati e vengono a costituire le masse epiteliali esfogliantisi.

Questa continua esfoliazione spiega la rapidità di formarsi delle croste nell'ozena, la loro aderenza alla mucosa e la loro forma, ritraente completamente qualche volta le anfrattuosità nasali.

I vasi sono scarsissimi e scarsi pure i spazii lacunari che sono assai ridotti nel lume.

Nessuna traccia di ghiandole. La mucosa è rappresentata da tessuto di cicatrice, le cui fibre stipate, parte decorrono lungo il piano epiteliale, parte sono disposte concentricamente attorno ai resti delle lacune, dei vasi e delle ghiandole.

*
* *

Le ricerche bacteriologiche formarono la seconda parte del mio studio.

Dapprima, avuto riguardo ad una opinione molto diffusa, che l'ozena rappresenti una scrofolosi nasale, feci ripetuti esami col metodo di Ehrlich a doppia colorazione per la ricerca del bacillo di Koch. *Gli esami risultarono completamente negativi.*

Sebbene le mie indagini fossero dirette specialmente a scoprire, o no, la presenza del bacillo capsulato, che sappiamo non colorarsi col metodo di Gramm, pure, poichè era presumibilmente ammissibile che altri microparassiti potessero avere invaso il tessuto, trattai col metodo di Gramm qualche sezione di tutti i pezzi di mucose raccolte.

Nessuna forma microbica si ottenne colorata.

Tentai la colorazione dei tagli col bleu di metilene (soluzione acquosa) lasciandoveli per 24 ore circa e scolorandoli leggermente con una soluzione acida e alcool.

Mi fu dato allora di mettere in evidenza delle cellule oltremodo grosse, a forma svariata, e specialmente a forma di rene, ripiene di

granuli. Di questi granuli poi se ne osservarono anche esternamente ad esse e ad una discreta distanza.

V'era da pensare subito alla fagocitosi, cioè a cellule linfoidi che si erano incorporate dei microparassiti, ma la nessuna uniformità dei granuli, specialmente di quelli ammassati esternamente alle cellule, m'indusse a considerarli per *cellule grannlose basofile* o « mastzellen ».

Per accertarmi meglio, ripetei la colorazione col Dahlia, che va considerato col bleu di metilene come il miglior colorante di queste cellule e i risultati mi convinsero maggiormente nel mio giudizio.

Si è ripetuta la colorazione di Gramm, senza far uso della soluzione di Lugold e noi abbiamo potuto ottenere le cellule granulose colorate col liquido di Weigert, ben distinte dal tessuto colorato col picrocarminio.

Al liquido di Weigert sostituimmo il bleu di metilene e ottenemmo due distinte colorazioni che facevano spiccare nettamente le cellule granulose e i granuli esterni.

Queste cellule, proprie secondo Ehrlich (1) dei processi flogistici lenti, si trovavano specialmente disseminate negli strati mucosi sottoepiteliali e all'intorno dei gruppi ghiandolari.

Oltre che nella mucosa ozenica le riscontrai in due casi di rinite ipertrofica, ma si trattava di soggetti con segni locali e generali d'un costituzionalismo linfatico-scrofoloso e l'ipertrofia in questo caso veniva a rappresentare la prima fase infiltrativa dell'ozena.

Il significato di questi elementi proprii del tessuto connettivale è ancora dubbio; alcuni autori, fra i quali Polyakoff (2), tenderebbero a considerarle come cellule adipose alterate.

Numerosi esami praticati nella rinite ipertrofica semplice riguardo la presenza delle cellule granulose, sia essa a tipo cavernoso, sia a tipo adenomatoso (classificaziane di Hopmann (3) Zuckerkandl) furono completamente negativi.

Per dimostrare la presenza o l'assenza di microbi nella mucosa ozenica si è tentata anche questa prova.

Preso un lembo di mucosa ozenica e lavatane bene la superficie passandola varie volte nell' acqua sterilizzata, onde allontanare i germi viventi esteriormente, si sfibrò il tessuto e presene colle dovute cautele antisettiche delle porzioncelle nella parte interna, si fecero con esse delle colture in varii terreni. *Non si ebbe lo sviluppo di alcuna colonia.*

I risultati adunque di queste indagini ci portono a concludere che

---

(1) *a*) Archiv. für Mikroskop, Anat. Bd XIII.
b) Zeitschrift für Klinische Medicin von Frerichs und Leyden. Bd 1.

(2) Jahresbericht, etc. Jahrg. XXIII. Bd. 1. S. 54.

(3) Was ist man berechtigt, Nasenpolpyen zu nennen? Monatscrift, f. Ohrenheilk. 1887.

la mucosa ozenica è libera di microrganismi, contrariamente all' opinione che a priori si potrebbe formarsi, pensando alle numerosissime colonie viventi sulla superficie epiteliale e alla facilità con cui questi microrganismi avrebbero potuto invadere il tessuto, facendosi strada pei dotti ghiandolari.

E dalle ricerche isto-patologiche possiamo inoltre affermare che la ozena, ad eccezione forse della presenza delle cellule granulose, non presenta alterazioni d'un carattere distinto, poichè l'atrofia della mucosa e la metamorfosi epiteliale le possiamo riscontrare anche in altri processi cronici.

Ammessa quindi per un momento l' origine parassitaria, questa non trarrebbe il suo fondamento che dall'avere isolato dal muco ozenico un bacillo capsulato che, come s' è visto, vive e prolifica sulla superficie epiteliale e in ciò l'ozena verrebbe a essere distinta dalla tubercolosi, dal rinoscleroma e dalla lepra nasale; affezioni tutte di natura parassitaria, ma caratterizzate dalla presenza di un micro-parassita specifico nella mucosa infiltrata.

Ora però viene giustamente da domandarsi: è questo bacillo il germe patogeno oppure una forma bacterica accidentale?

Si da una grande importanza al fatto d'avere rinvenuto questo schizomiceto solo nell' ozena (Abel) e non nelle altre riniti; ora questo risultato, secondo il mio modo di vedere, deporrebbe sfavorevolmente per l' ammissione di questo bacillo come agente patogeno dell' ozena. — E lo provo.

Noi abbiamo, dal punto di vista anatomo-patologico, distinti nell'ozena due stadii, rappresentati ognuno da una fisionomia clinica speciale.

Lo stadio infiltrativo o iniziale infatti presenta la sintomatologia delle *riniti* comuni; invece i segni carattaristici dell'ozena s'iniziano e s'accentuano solo nel secondo stadio o atrofico, cioè quando hanno luogo note alterazioni anatomiche.

Però, benchè la rinite ozenica nell' inizio si confonda clinicamente colle altre riniti, pure se realmente il bacillo capsulato fosse il germe specifico dell'ozena, esso dovrebbe costituire l'indice differenziale, poichè si dovrebbe riscontrare in tutti quei casi nei quali in seguito avrebbe da comparire la nota sindrome ozenica.

Ora io ho esaminato bacteriologicamente moltissimi casi di rinite in soggetti differenti per età e per sesso, così Marano, così Abel, Besser (1), Wright (2), Deletti (3) e Paulseu (4) e a nessuno fu dato riscontrare nel secreto la forma bacillare in discorso.

---

(1) Centralblatt für Bacteriologie ecc. Bd. V. 1889 und. Bd VIII. 1890.
(2) idem Bd. VII, n. 135.
(3) Archivii Ital. di laringologia. Ott. 1891.
(4) Centralblatt für Bacteriologie ecc. Bd. VIII, p. 344.

La somma di questi risultati negativi fa a ragione presumere che il bacillo capsulato sia presente solo nello stato atrofico dell'ozena perchè dall'aumentata desquazione epiteliare, dall'alterata composizione chimica del secreto nasale e dai processi di putrefazione che intervengono nelle masse accumulate nelle narici, si sono venute generando condizioni propizie al suo sviluppo.

Inoltre vediamo se l'ozena come entità clinica presenta le note di una malattia infettiva.

Un'affezione della mucosa, anche quando bacteriologicamente non è dimostrata di natura parassitaria, clinicamente acquista questo carattere e per la contagiosità mediata o immediata per il modo epidemico d'insorgere e per il decorso.

Cito come esempio le congiuntiviti settiche, le tonsilliti lacunari, le uretriti e le altre infezioni da cocchi, tra le quali potrebbero essere ascritte molte forme di riniti acute: affezioni tutte nelle quali l'elemento infettivo, come nell'ozena, si limita alla superficie epiteliale.

Nell'ozena, invece, questi criterii mancano assolutamente, cioè fin'ora non si è potuto ancora dimostrare che un individuo abbia contratto la rinite ozenica per il solo fatto d'avere avuto contatti con un ozenico, nè che sia avvenuto in una data regione, come per certe forme di riniti, uno scoppio di riniti che presentasse i segni dell'ozena tipica.

È invece clinicamente assodato come per molti casi d'ozena v'entra in modo indiscutibile l'ereditarietà. Difatti, noi troviamo soggetti ozenici, figli di madre ozenica o di padre ozenico che, alla loro volta in qualche caso ci è dato di provare essere stati procreati da ozenici.

Anche i cosidetti casi isolati o sono figli di sifilitici e l'ozena allora rappresenta una nota della sifilide ereditaria, oppure si tratta d'individui figli di tubercolosi, in ispecie di sesso femminile, i quali, benchè fruiscono di un apparente benessere, lasciano intravedere a un esame generale rigoroso molti segni, sia della pelle, sia delle mucose, proprii d'un organismo debole (Schäffer (1)).

Il decorso pure non viene a confortare per nulla il concetto parassitario.

Da quanto si è detto si può dedurre che non esistono prove dirette che possano far ritenere il bacillo capsulato come la causa dell'atrofia della mucosa e delle alterazioni epiteliari: esso probabilmente, unitamente agli altri microparassiti concorre solo a creare lo stato settico che, secondariamente, irrita e danneggia la mucosa nasale.

È questa infezione secondaria che, combattuta colle note regole antisettiche e ottenutone un reale vantaggio coll'allontanamento del fetore e delle croste, ha fatto credere ai sostenitori della dottrina pa-

(1) Monatschrift f. Ohrenheilkunde 1881, n. 4.

rassitaria d'avere pei buoni risultati della cura un argomento a conforto della loro teorica. (Massei (1)).

In realtà l'esperienza clinica ci insegna che, ad onta di una disinfezione accurata e ripetuta per anni, e quindi colla certezza d'aver allontanato col fetore tutti gli elementi infettivi tra i quali il bacillo capsulato, il processo ozenico, anche trattato allo studio iniziale, continua il suo svolgimento.

Quello che si è detto per il bacillo capsulato, si può ripetere per il diplococco di Löwenberg, per il bacillo di Rohrer e per quello di Hayeck: altrettante forme parassitarie, a cui, seguendo un preconcetto erroneo, si volle ascrivere una importanza etiologica.

Veramente, volendo ricercare l'etiologia dell'ozena, avuto riguardo al reperto isto-patologico che dimostra come questo stato atrofico non rappresenti che la fase ultima di una rinite cronica comune, è necessario dirigere le nostre indagini alle cause determinanti le riniti in genere.

Ora queste cause, trattandosi di processi flogistici di natura catarrale possono essere di diversa fatta, e tra esse, vanno di sicuro notate anche le irritazioni per la proliferazione di microparassiti che possono essere rappresentati da svariate forme, e tra le quali, se si vuole, possiamo annoverare anche il bacillo capsulato, il diplococco di Lowenberg, ecc.

Ora s'affacciano due ipotesi: o si crede a una causa specifica sia essa un germe o un altro momento che susciti in primo tempo una rinite con tutti i caratteri di una rinite comune e che poi, persistendo la medesima azione, determini l'atrofia; o si ammette che, qualunque sia la causa, in certi individui, per il perdurare di essa, ne segua l'ipertrofia della mucosa con ispessimento dell'epitelio conservante però il carattere cilindrico, in altri lo stato opposto, cioè l'atrofia accompagnata dalla cheratosi del rivestimento epiteliale.

In altre parole in quest'ultimo caso il costituzionalismo dell'individuo influirebbe sullo svolgimento anatomo-patologico del processo indipendentemente dalle cause morbigene, nel primo invece il momento etiologico, agirebbe specificamente sulla schneideriana producendo sempre, in qualsiasi individuo, la nota sindrome ozenica.

La differenza quindi tra la prima e la seconda ipotesi non sta nello ammettere o no una origine parassitaria per l'ozena, ma nel riferire al momento etiologico o tutte e due le fasi del processo ozenico, oppure solo la prima, facendo dipendere la seconda, da una tendenza speciale dell'individuo all'atrofia.

Fin'ora i risultati delle moderne ricerche farebbero escludere la prima ipotesi; perciò noi ci atterremo alla seconda, a favore della quale parlerebbe fortemente l'esperienza clinica.

---

(1) Patologia e terapia della faringe, delle fosse nasali ecc. Milano 1889.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

LUC—*Empiema del seno frontale destro senza causa apparente. Trattamento coll'apertura del seno frontale e raschiamento del focolaio colla curetta. Guarigione incompleta.* (*Empyème latent du sinus frontal droit sans cause apparente.—Traitement par l'ouverture de l'os frontal et le curettage du foyer. Guerison incomplète*).

Il caso, riferito minutamente dall'A., può essere riassunto, nei suoi punti fondamentali, come segue. Senza causa valutabile, forse in seguito ad un raffreddore, si sviluppa, in una signora di una cinquantina d'anni, una suppurazione, dapprima inodore, poi fetida, circoscritta alla narice destra. La secrezione è più abbondante per la via della faringe che del naso, e produce peculiari disturbi oculari e gastrici. Però, nessun sintomo caratteristico permetteva di ricondurre con esattezza questa suppurazione alla sua vera origine, finchè, essendo stata successivamente eliminata l'ipotesi di una suppurazione proveniente dal mascellare, nonchè quella di una etmoidite, potette essere *supposta* la vera sede del focolajo. Ed in fatti, quando l'A. si decise a praticare l'operazione, egli avvertì previamente l'inferma sulla possibilità dell'errore diagnostico. Fortunatamente l'operazione ebbe esito favorevole, giacchè, aperto il seno frontale, mediante un taglio condotto dall'estremità interna del sopracciglio destro fin sul bordo corrispondente del naso, fu trovata una cavità contenente pus mescolato a sangue. Con una piccola curetta di Volkmann fu raschiata e furono asportate molte fungosità. Coll'ulteriore trattamento — detersione antisettica, drenaggio, ecc. — si ottenne una guarigione quasi completa.

Secondo l'A. questo caso è altresì importante, perchè dimostra, colla massima evidenza, che l'empiema del seno frontale può essere *assolutamente latente* e non rivelarsi con altri sintomi se non con una suppurazione nasale unilaterale, la quale difficilmente può essere distinta da una mascellare o etmoidale. Inoltre, il Luc afferma che in questo caso il rischiaramento elettrico non gli diede punto quei risultati che egli s'imprometteva. In fatti, il rischiaramento per la via della bocca dava un'ombra a livello della palpebra inferiore, il che lo induceva ad ammettere l'esistenza di un ascesso dell'antro d'Highmoro, mentre la lampada applicata sotto l'arcata sopraciliare dava un eguale rischiaramento delle due metà dell'osso frontale. Ad ogni modo, il Luc dichiara pure che da questo risultato negativo non si sente in-

dotto a dare un ostracismo assoluto a questo metodo, giacchè con esso ha potuto riconoscere e diagnosticare empiemi del seno mascellare, la cui diagnosi non aveva potuto essere determinata in altro modo. Del resto, in questo caso l'A. ritiene altresì come probabile, che lo stato ipertrofico della mucosa della fossa nasale destra bastava a spiegare la relativa opacità osservata a livello della palpebra inferiore di questo lato.

In ultimo, l'A. afferma che questo metodo perde di valore quando trattasi del seno frontale. In fatti, è difficile collocare abbastanza profondamente la piccola lampada elettrica sotto l'arcata orbitaria. Ne risulta che i raggi luminosi possono facilmente rischiarare la pelle, e finanche l' osso sottostante, passando davanti alla collezione purulenta, la quale, in vece, inevitabilmente li arresta quando trattasi del seno mascellare, perchè essa bagna il pavimento di questo seno, che i raggi debbono attraversare per raggiungere la parete ossea della faccia.

(*Arch. Internat. de Laryngologie, 1893, T. VI*).

V. Meyer

Schmidt prof. M. — *Cura delle deflessioni e delle sporgenze del setto nasale mediante la elettrolisi* (*Behandlung der Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand durch Electrolyse*).

Il prof. Schmidt, svolgendo, l'anno ora finito, questo tema innanzi al *Congresso di Medicina interna* tenuto a Wiesbaden, ha avuto la speciale cura ed il gran merito di rendere, a specialisti e generici, in maniera sorprendentemente chiara, il concetto e l'importanza di queste lesioni, ma soprattutto il pregio di rendere familiare l'applicazione della elettrolisi.

Noi, perciò, crediamo cosa utilissima riassumere, ma in maniera completa, cotesta importante comunicazione, plaudendo all'autore, per la sobrietà con cui ha trattato l'argomento, sottraendolo ad una chirurgia specialistica, ampollosa e complicata, e rimettendolo nelle mani di tutti, in maniera efficace, per quanto semplice.

L'A. accenna anzitutto le indagini finora fatte per spiegare in quel modo si producono le deflessioni del setto, che sono state oggidì chiarite, grazie alle ricerche del Zuckerkandl, il quale ha dimostrato con precisione che ponno originarsi in duplice modo: per traumi o per vizii di sviluppo. Nel primo, cade sopratutto in considerazione il rapporto fra la lamina perpendicolare dell'etmoide e le ossa nasali, cioè fino a qual punto detta lamina passa sotto le ossa del naso. Ordinariamente essa non perviene fino alla radice delle stesse, oppure giunge fino alla metà o all'estremità anteriore. Se in quest'ultimo caso una trauma colpisce le ossa nasali, producesi una frattura, la quale decorrerà perpendicolarmente nella lamina perpendicolare dell'etmoide. Qualora essa pervenisse soltanto fino alle ossa nasali, è agevole comprendere che il trauma non si riverbera sull'osso etmoide. Inoltre, non accade sempre una frattura, giacchè può prodursi anche una semplice infrazione, la quale poi, per formazione del callo, determina una deflessione anche consecutivamente per lungo tempo. È sopratutto nella porzione superiore del naso, che le deflessioni si originano in questo modo. — La seconda specie di deflessioni è

dovuta a che la lamina perpendicolare dell'etmoide cresce di rincontro al vomere. Nel neonato essa presenta una consistenza ossea appena nella sua porzione superiore. Entrambe crescono l'una di rincontro all'altra, ed il vomere forma, al margine superiore, un solco, in cui cresce la lamina perpendicolare. Se un margine del solco cede, la lamina perpendicolare si deflette in fuori, e forma una sporgenza, che Zuckerkandl ha denominata apofisi unciniforme, la quale, sotto l'influenza di traumi, può ipertrofizzarsi. — Tuttavia, è bene notare che in alcuni casi, alla deflessione del setto nasale possono concorrere le due specie di cause ora accennate.

Un'altra specie di deflessione si ha quando l'estremità anteriore del setto cartilagineo, che sta fra le due creste incisive del mascellare superiore, viene spostata da questo solco per effetto dell' ipertrofia oppure di un trauma. In qual modo si producono queste deflessioni, non è chiaro. Ad ogni modo, è probabile che sieno dovute ad un esagerato sviluppo delle ossa, oppure a ristrettezza congenita del naso, per cui questo non assolve il suo sviluppo normale.

In questi ultimi tempi., l'attenzione degli autori si è sempre più concentrata sull'importanza delle deflessioni del setto nasale, essendo stato ben constatato che i suoi effetti non si riverberano soltanto sopra quest'organo. Infatti basta tener presente soltanto l' importanza della respirazione nasale, la quale naturalmente implica il libero passaggio dell'aria per le vie nasali, per comprendere agevolmente che dalle deflessioni del naso possono ridondare conseguenze nocive, e persino esiziali. Un esperimento semplicissimo, che ciascuno può fare, è il più lampante ed efficace commento di tale asserzione. Si faccia un forte atto inspiratorio tenendo chiusi il naso e la bocca, e la conseguenza sarà che l'aria viene rarefatta nello spazio compreso fra la punta del naso e gli alveoli pulmonali. Nè ciò è tutto, giacchè si produce allora una iperemia venosa della mucosa. Se ciò si verifica per un solo atto respiratorio, non avrà alcuna conseguenza. Ma, poichè l'uomo compie 17000 atti respiratori nel corso di una giornata, 9 milioni nel corso di un anno, riuscirà agevole comprendere che il continuo ripetersi di queste rarefazioni dell'aria deve gradatamente determinare una cronica iperemia. Ci si potrebbe dire: ma nel restringimento dei meati nasali, non essendo completamente precluso il passaggio dell'aria, possono aversi effetti identici? A questa domanda bisogna dare una risposta assolutamente affermativa, giacchè, quantunque *in un più lungo elasso di tempo*, l' effetto sarà assolutamente lo stesso. Inoltre, è indubitato che, nella deviazione unilaterale del naso, quasi sempre si riscontra, posteriormente al tratto ristretto, una ipertrofia dell'estremità posteriore del cornetto a causa della stasi. Un' altra conseguenza della difettevole aspirazione del sangue dal cervello, e rispettivamente della stasi linfatica, è uno stato di torpore delle funzioni cerebrali, al quale Guye ha dato il nome di *aprosexia*. Sicchè la stenosi dei meati nasali ha una grande influenza sullo stato generale della salute.

Furono ideati ed applicati parecchi metodi ingegnosi per combattere queste deflessioni del setto (adoperando all' uopo scalpelli, seghe, ecc.). Però essi hanno l' inconveniente di essere molto dolorosi, il che ci spiega perchè moltissimi di questi infermi, neurastenici, sono tanto ricalcitranti a sottoporvisi. Due anni or sono all'A. fu raccomandato dal Capart (di Bruxelles) l'elettrolisi, la quale oltre al pregio intrinseco di far raggiungere con sicurezza

l'obbiettivo che si desidera conseguire, ha pur quello di non produrre punto dolore. Ma poichè per l'elettrolisi ci vuole una corrente costante, e non sempre lo specialista, e meno che mai il medico pratico, tiene a sua disposizione batterie costanti, l'A. si è fatto costruire un buon accumuatore, col quale raggiunge l' intento in modo eccellente. (Però, è bene notare ehe si può praticare l' elettrolisi con qualsiasi ordinaria batteria costante). Fa d' uopo pure di un reostato per il lento passaggio della corrente, ed all'uopo si presta eccellentemente quello del Bergonniè. Va da sè che, prima di accingersi al l'operazione, bisogna cocainizzare la mucosa nasale, ed all' uopo bastano le pennellazioni con una soluzione del 10-20 °|₀ , la quale deve agire almeno per cinque minuti.

Coll'elettrolisi Schmidt ha ottenuto eccellenti risultamenti nel trattamento delle deflessioni del setto nasale, per cui egli la raccomanda caldamente ai suoi colleghi. Consiglia però altresì di prendere tutte le misure di precauzione. Quando si deve ripetere l'applicazione, è necessario di disinfettare previamente il naso, giacchè l'elettrolisi non è un quissimile della galvanocaustica, nella quale il calore rovente distrugge i batterii. Confessa che al principio, avendo avuto minore cura per la disinfezione degl'istrumenti, si verificò quattro volte una infezione: due volte l'angina lacunare, una volta l'erisipela facciale, ed una volta una rinite acuta intensa molto diffusa. Da quando sterilizza accuratamente gl'istrumenti con soluzioni fenicate, non ha avuto più a deplorare alcun inconveniente. Ed a titolo di massima precauzione suole pure — nel caso in cui si verifichi la suppurazione nel punto trattato coll' elettrolisi — praticare una disinfezione col sublimato dopo l' applicazione della corrente elettrolitica.

L'effetto dell' elettrolisi dipende non solo dall' intensità, ma anchc dalla durata della corrente. Con una corrente debole, applicata a lungo, si può ottenere lo stesso effetto che con una intensa e di breve durata. Il trattamento consecutivo è molto semplice. Ordinariamente l'A. suole all'uopo prescrivere una soluzione di olio di eurofen al 3 °|₀,oppure di olio di mentolo al 2 °|₀, e con essa fa praticare all' infermo pennellazioni nel naso due volte al giorno. Se si formano croste, introduce due volte al giorno, nel meato, stuelli di ovatta inzuppati di olio, e li lascia applicati in sito per un'ora.

V. Meyer

Ducrey Prof. A. — *Quattro casi di rinoscleroma. Contributo clinico, istologico e batteriologico.*

La più completa monografia, che ha visto ultimamente la luce sullo interessante argomento, è certo questa dell' egregio prof. A. Ducrey coadiutore della *Clinica Dermo-Sifilopatica* della nostra Università.

In essa l'autore vi ha trasfusa tutta la sua abilità di perfetto istologo e batteriologo, senza tralasciare le interessanti e preziose nozioni cliniche, mancando le quali, il lavoro avrebbe avuto una intonazione esclusivamente scientifica. Dopo l' esposizione delle quattro storie cliniche e dei relativi diarii, che hanno formato l'oggetto dei suoi lunghi e pazienti studii, l'autore, su ragionamenti rigorosi e dati statistici esatti

infirma, e giustamente, la legge che il rinoscleroma debba di necessità pigliare punto di partenza dallo spazio naso-faringeo, come ha voluto sostenere il prof. C. Pellizzari, e che le lesioni dell'istmo delle fauci debbano costituire parte essenziale ed integrante del quadro clinico del rinoscleroma, secondo l'opinione sostenuta specialmente dal Mibelli. Così facendo, si correrebbe il rischio di errare nel giudizio diagnostico, prendendo per un fibroma, un sarcoma ecc., la lesione nasale, solo perchè non esiste contemporanea lesione dell'istmo delle fauci. A conferma di tutto questo, noi abbiamo riportato, nel *Rendiconto* della nostra clinica, quel caso di rinoscleroma, il cui il processo, incominciato dal laringe, solo in progresso di tempo si localizzò al naso ed alle fauci, sicchè noi dobbiams certamente ritenere che campo di azione del bacillo del rinoscleroma siano in genere le prime vie aeree, per cui giustamente il prof. Massei da tempo diede a questa affezione il nome di *scleroma infettivo delle prime vie aeree.*

A quest'osservazione si connette l'altra, se, cioè, il rinoscleroma, iniziatosi in qualunque parte delle vie aree superiori, debba costantemente diffondersi per continuità alle parti vicine o possano anche sorgere, a distanza dal primitivo, nuovi focolai della malattia.

Ed anche in questo, a giudicare dai diversi casi occorsi nella nostra Clinica, non possiamo non seguire le idee del Ducrey, che con ragionamento clinico, aiutato dall'esperimento, sostiene il concetto che nel rinoscleroma è possibile, come in ogni altra affezione parassitaria, l'insorgere di focolai molteplici per semplice fatto di auto-infezione.

Passando alla parte istologica, questa è studiata minutamente e con grande esattezza. Le alterazioni del corpo mucoso del Malpighi, del corpo papillare e del derma, riprodotte nelle annesse figure, fanno chiaramente acquistare il convincimento che in generale l'infiltrazione pare abbia luogo profondamente nel derma, mentre il corpo papillare conserva ancora la sua configurazione speciale. Diciamo *in generale*, perchè talvolta nel corpo papillare e nella parte più alta del derma si osserva la fase ultima del processo, laddove nel profondo del derma l'infiltrazione trovasi nel grado di massimo rigoglio. Ciò che poi pare innegabile, è che gli strati epidermoidali, se vengono colpiti, ed anche profondamente, questo avviene in modo secondario, in conseguenza della alterata o mancata nutrizione. Fra le diverse cellule d'infiltrazione del derma destano speciale interesse quei corpi rotondi, detti *globi jalini*, già descritti dal Pellizzari, che sono corpi omogenei, di grandezza varia, i quali hanno grande affinità coi colori basici di anilina, isolati od aggruppati, liberi od inclusi in speciali cellule sferoidali, le così dette cellule di Mikulicz.

Dalla parte istologica il Ducrey passa a quella batteriologica, e qui espone, anche con molta chiarezza e competenza, i diversi processi di colorazione dei bacilli specifici nelle sezioni, i varii metodi di cultura

in gelatina ed agar, così in camere Petri, che in provette a becco di flauto, descrivendo, dal principio sino alla fine, le successive evoluzioni di dette culture e rifacendo in tal modo l'intera biologia del bacillo, il quale, come risulta dalle innumerevoli osservazioni fatte, predilige le così dette *cellule idropiche* ed i numerosi spazii linfatici del tessuto, sebbene sia indiscutibile la loro presenza anche negli interstizii delle fibre e fra gli elementi cellulari. E, quasi tutto questo non bastasse, l'autore continua le sue indagini, studiando l'influenza che esercitano sulla vita del bacillo la temperatura, il disseccamento, la diversa reazione (acida, neutra ed alcalina) dei terreni di cultura, come pure la influenza delle sostanze parassiticide ed i risultamenti delle inoculazioni negli animali, che, sebbene fatte nelle migliori condizioni di sperimentazione, non gli hanno fruttato maggior fortuna di quella toccata a Pawbowsky e Stepanow, i quali hanno ottenuto la produzione di un vero granuloma, che all'esame istologico, batterioscopico e culturale, avrebbe presentato, nel modo più dimostrativo, le proprietà caratterische dello scleroma dell'uomo. Infine, interessantissimo, sotto ogni punto di vista, è lo studio comparativo delle proprietà biologiche del microrganismo del rinoscleroma e del pneumo-bacillo di Friedländer, come pure le esperienze sulla concorrenza vitale tra lo stesso bacillo del rinoscleroma e lo streptococco dell'erisipela, da cui si rileva che il bacillo del rinoscleroma, vince, in concorrenza vitale, quello dell'erisipela, e che una cultura di erisipela, in cui ha agito una cultura di rinoscleroma, può attenuarsi nella sua virulenza fino a riuscire completamente innocua all'animale (coniglio), cui viene inoculata. Questi felici esperimenti del Ducrey ci danno la chiave per spiegare diversi fatti clinici: es. la facile cicatrizzazione del tessuto scleromatoso, il ricovrirsi di epidermide con straordinaria rapidità, il difficile insorgere di un processo piogeno, anche coi più forti maltrattamenti per mezzo d'istrumenti od altro.

Prima di fare sincere congratulazioni al Ducrey pel suo eccellente lavoro, crediamo giusto riprodurre qualcuna fra le più importanti conclusioni, con cui si chiude la bella e dotta monografia.

1.° Le note anatomiche del rinoscleroma sono quelle di un *granuloma specifico.*

2.° La infettività del rinoscleroma non è da mettersi in dubbio.

3.° Il trattamento chirurgico è certamente il migliore.

Damieno

Breda Prof. A. — *Rapporti tra i bacilli e le degenerazioni jaline del rinoscleroma.*

Per non uscire dall'argomento che stiamo trattando, dobbiamo richiamare l'attenzione dei nostri lettori sul lavoro del prof. Breda, il

quale, con una tecnica rigorosa, fa uno studio abbastanza completo sulla istologia delle cellule del Mikulicz, cercando di stabilire le relazioni ed i diversi rapporti che passano tra i bacilli e le degenerazioni jaline del rinoscleroma. Con adatte colorazioni, egli, nelle dette cellule, rileva, oltre ai bacilli, una parte che si colora in giallo ed una altra che si colora in verde, attribuendo questo policromatismo a stati o fasi fisio-chimiche diverse nella evoluzione della materia jalina. Il vedere, poi, la separazione netta tra il contorno dei bacilli e la sostanza jalina, il sapere che detta sostanza jalina nella micosi, in alcune infiammazioni ecc. non sta in rapporto coi microrganismi, il non essere mai stata dimostrata, in questi, secreti suscettibili di dare materia jalina, tutto questo autorizza l'autore a pensare che dette degenerazioni possano essere un effetto della presenza dei microrganismi, non già una trasformazione pura e semplice dei loro prodotti.

L'autore finisce coi seguenti corollarii:

1.° Nel rinoscleroma esistono bacilli in talune cellule non ancora alterate.

2.° Penetrati i bacilli nelle cellule sane, le trasformano in elementi di Mikulicz.

3.° Sono le stesse cellule di Mikulicz, che poi diventano jaline.

4.° La materia jalina si deposita attorno ai bacilli, che vi restano sequestrati.

5.° Le masse jaline hanno varie fasi evolutive e facilmente evidenti bacilli.

6.° Probabilmente la materia jalina non dipende da sostituzione che si faccia a carico di un secreto bacillare, ma dal protoplasma cellulare, influenzato dalla presenza dei bacilli.

Non si può escludere che possano esistere delle masse jaline indipendenti affatto dai bacilli specifici.

Ecco un altro pregevole lavoro, che accresce lustro al nome del chiaro professore Padovano.

DAMIENO

KAYSER — *Sul rinoscleroma.* (*Ueber Rhinosklerom*).

L'A. dichiara ben nota questa forma patologica, che nel 1870 Hebra, per il primo, separò dal campo della sifilide. Essa consiste in speciali alterazioni della pelle e della mucosa dell'orificio nasale e delle limitrofe parti (labbro superiore; cavo naso-faringeo). È caratteristica la formazione di nodi più o meno circoscritti, straordinariamente duri, con superficie liscia, color rosso-brunastro, i quali deformano terribilmente il naso, e possono condurre alla stenosi della via nasale aerea.

Quest'affezione ha un decorso molto cronico; i nodi non si ulcerano mai e soltanto qualche volta si formano escoriazioni e croste. Però, a lungo andare può prodursi una retrazione cicatriziale. Tutti i medicamenti interni, spe-

cie gli antisifilitici, si addimostrano inefficaci. Neppure il trattamento operativo dà i risultamenti che si sperano, per l'ostinata tendenza alle recidive.

Dalle indagini fatte negli ultimi tempi, risulta che l' affezione può svilupdarsi in tutti i punti del tratto respiratorio superiore, fino alla trachea. Sedi di predilezione sono l'orificio nasale, il cavo naso-faringeo e lo spazio sottoglottico. In talune circostanze il naso può esserne completamente libero, e l'affezione esordire negli altri due testè mentovati punti di predilezione, oppure rimanere circoscritta ad una piccola zona.—Dal punto di vista istologico, il tessuto rinoscleromatoso è caratterizzato da una infiltrazione parvicellulare, disseminata in tutta la mucosa. Fra i singoli focolai d'infiltrazione si riscontrano, specialmente in quelli antichi, zone connettivo-sclerotiche. L' epitelio mostra una forte proliferazione, e da cilindrico è trasformato in pavimentoso. Hanno grande importanza le cosiddette cellule di Mikulicz: cellule grosse, a contorni poco netti e con nucleo appena visibile oppure anucleari. Inoltre, come è ben noto, quasi sempre in questo tessuto si riscontra il batterio dl Fritsch, al quale è stata attribuita l'azione patogena, quantunque le inoculazioni sottocutanee nel sangue non abbiano dato finora alcun risultato; e soltanto, a quanto pare, l' inoculazione nella camera anteriore dell' occhio, eseguita da Stepanow, ha cagionato una produzione neoplastica simile allo scleroma.

Questi i fatti più salienti, secondo l' A., oggidì noti su quest' affezione, sulla quale, benchè da poco nota, sono registrati finora un centinajo di casi nella Letteratura, ai quali egli ne aggiunge altri due, in cui l'esame istologico e batteriologico fecero rilevare in complesso le note essenziali, qui accennate, di questo processo patologico.

V. Meyer

R. Wurtz et M. Lermoyez.—*Potere battericida del muco nasale.* (*Le pouvoir bactéricide du mucus nasal*).

Quasi tutti gli autori, che hanno voluto spiegare l' azione fisiologica del muco nasale, hanno attribuito alle secrezioni della pituitaria un' azione protettrice, però in un senso tutto fisico, vale a dire che per la sua vischiosità esso ingloberebbe così il palviscolo, come i microbi, i quali in un dato momento sarebbero definitivamente espulsi dall'azione salutare dello starnuto.

Fra gli autori, però, ci è stato chi ha creduto fare un passo innanzi, come Claisse, opinando che il muco servisse a sciogliere i prodotti di secrezione dei microbi, e li rendesse meno offensivi per la nostra economia.

D'altra parte i chirurgi, a cominciare da Pirogoff ed a terminare a Michel, Schech, Hack ecc., considerando la rarità delle complicazioni, come resipola od altro, nelle operazioni intranasali, hanno giustamente creduto che i microbi, esistenti o penetrati nel momento dell' atto operativo, fossero, se non distrutti, almeno neutralizzati nella loro virulenza; quindi si pensò non più all' azione meccanica, ma a quella vitale, vale a dire ad un'azione propriamente *battericida* del muco, come avviene per certi sieri e per l' albumina dell'uovo, dimostrata da R. Wurtz.

Queste proprietà, già intraviste da Bichat, hanno avuto recentemente una conferma nelle esperienze di Gauthier, il quale ha dimostrato che le soluzioni di mucina sono quasi imputrescibili, e Zaufal è andato, al solito, tan-

t'oltre, da condannare addirittura i lavaggi post-operatorii, per tema che si potessero alterare, per questi, le normali secrezioni della pituitaria, che senza bisogno di altro aiuto, penserebbero da loro ad evitare tutte le possibili complicanze del traumatismo operatorio.

Ebbene, il gran merito di Wurtz e Lermoyez sta appunto nell'aver dato una base sperimentale all'asserto clinico, impiegando il muco nasale raccolto dalle narici d'individui sani, e sperimentandolo sia allo stato normale, sia dopo averlo sterilizzato col processo di Tyndall, che non altera punto le sue proprietà, tutt'al più lo rende più fluido e leggermente più alcalino. Naturalmente, per evitare qualunque idea di concorrenza vitale da parte di microbi, che si trovassero nel muco, si è cercato sempre di assicurarsi della sua sterilità mercé culture su placche. L'azione battericida del muco nasale è stata dagli autori studiata specialmente sul batterio carbonchioso.

Andremmo, certamente, molto per le lunghe se volessimo, per filo e per segno, riprodurre le diverse esperienze, fatte con tutto il rigore della tecnica batteriologica. Però dal complesso di esse si acquista facilmente il convincimento che il muco nasale ha una vera *azione battericida* e non è un semplice mezzo inerte, come l'acqua distillata.

Infine, gli autori accennano all'azione del muco nasale su altri microbi, come lo stafilococco aureo, lo streptococco piogeno, il coli-bacillo ecc. ecc.; però soggiungono subito che la sua azione su questi, non è così energica come contro il *bacillus autracis*. Naturalmente fa bisogno di ulteriori esperienze per vedere e giudicare perchè. e come, tutto questo.

Ad ogni modo, gli egregi colleghi sono degni di sincera lode, perchè hanno saputo mettere il problema in modo che certamente la sua non lontana e completa soluzione varrà a rischiarare tanti fatti che riguardano la fisiologia della pituitaria e la patologia delle affezioni nasali; senza dire che allargando la portata di simili esperienze ad altre mucose del nostro organismo, potranno sempre più schiudersi nuovi ed interessanti orizzonti, meta principale dell'indirizzo sperimentale odierno.

DAMIENO

CHIARI O. — *Sui tubercolomi della mucosa nasale*. (*Ueber Tuberculome der Nasenschleimhaut*).

Il primo Autore, che descrisse tumori tubercolari del naso, fu Riedel (1878) il quale ne riferì due casi: uno occorso in un uomo a 63 e l'altro in una donna a 55 anni. Il primo di questi infermi, benchè di valida costituzione, da 27 anni soffriva ulcerazioni nel contorno dell'orificio nasale, le quali di tratto in tratto guarivano, e poi recidivavano. Quando Riedel osservò per la prima volta l'infermo, il setto era fortemente inspessito ed ulcerato, la pinna nasale sinistra in parte distrutta da una ulcerazione, in via di cicatrizzazione parziale. Poichè il raschiamento, praticato nel maggio del 1876, non giovò a nulla, dopo cinque mesi fu asportato il tumore del setto cartilagineo; aveva un colore grigio-rossastro, era abbastanza duro, lungo 2 1/2, alto 2 e spesso 1 1/2 ctm. Appariva costituito da un tessuto di granulazione, ricco di vasi, e cosparso da una enorme quantità di tubercoli, in parecchi dei quali mancava la cellula gigante centrale. La cartilagine era stata atrofizzata dal tes-

suto di granulazione, e mancava completamente nella parte superiore del neoplasma. Verso la fine di dicembre del 1877, si produsse un altro tubercoloma. L'esame del torace non fece rilevare alcun sintomo di tubercolosi pulmonale. — Nel secondo caso descritto da Riedel, l'inferma da 18 mesi soffriva progressiva tumefazione ed ulcerazione del setto, che non guarì malgrado le causticazioni, ma condusse alla perforazione. Al 15 febbraio del 1877 fu estirpato il tumore. Le sue dimensioni ascendevano a 1 1/2, 1, 3/4 di ctm. Conteneva molti tubercoli, annidati in parte nel tessuto di granulazione, in parte fra i residui glandolari. L'esame dei polmoni non rivelava nulla di abnorme.

Al Riedel successe il Tornwaldt, che nel 53° Congresso dei Naturalisti e Medici Tedeschi in Danzica riferì un caso di tubercolosi del setto nasale, in una donna di 26 anni, provveniente da genitori tubercolosi. In questo caso—nel quale fu asportato un tratto del cornetto—che il Neumann ed il Baumgarten dopo accurato esame microscopico caratterizzarono come «spiccatamente tubercolare»—vi erano pure tubercolosi pulmonale, ulcerazioni tubercolari della laringe e del fornice faringeo, ecc. — Secondo Tornwaldt, il tubercoloma nasale primario potrebbe in qualche caso divenire il punto di partenza di una tubercolosi generale.

Alla relazione del Tornwaldt seguì la pubblicazione del Sokolowsky, il quale descrisse una ulcerazione tubercolare del setto, al cui margine vi erano granulazioni di aspetto neoplastico, contenenti bacilli tubercolari.—Quasi contemporaneamente Schaeffer annunziava che su 450 tumori nasali, da lui osservati, 6 volte trattavasi di neoplasmi tubercolari del setto, ed in due casi la diagnosi clinica ebbe una splendida conferma nell'esame istologico e batteriologico.

Inoltre, Schaeffer riferisce pure che, malgrado ripetute estirpazioni e causticazioni, non si potettero evitare le recidive, sicchè egli non constatò giammai—nei suoi casi—un completo arresto del processo. Però, *quoad vitam*, la prognosi non gli sembra infausta.

Nel 1883 comparvero le rispettive pubblicazioni di Michelson e di Juffinger, il primo dei quali descrisse un caso di forte tumefazione pericondritica del setto cartilagineo con ulcerazione. Le masse granulanti furono ripetutamente raschiate, ed in esse si rinvennero bacilli tubercolari. Juffinger descrisse un caso, che fu presentato anche alla Società laringojatrica di Vienna, nel quale trattavasi di una giovane di 21 anno, provveniente da una famiglia in cui la tubercolosi avea fatto strage. Nella primavera del 1887 le fu asportato dal setto un tumore grosso quanto una noce avellana; nel mese di settembre e di ottobre vi fu nuova recidiva nello stesso punto, e contemporaneamente apparvero tosse secca e sudori notturni. L'esame istologico e quello batteriologico confermarono che si trattava di neoplasma tubercolare. Fino alla primavera del 1889 l'inferma stava ancora in cura dal prof. Schroetter, per una nuova recidiva.

Nel 1889 Hajek, in un uomo a 30 anni riscontrò, insieme ad una ulcerazione del setto cartilagineo, anche un tumore, grosso quanto una noce avellana, indovato in una coana. L'esame delle granulazioni al principio non fece rilevare alcuna traccia di tubercolosi, quantunque l'infermo otto anni prima avesse avuto un mottisi. Però l'esame istologico del tumore, che fu

estirpato coll'ansa, fece constatare cellule giganti e bacilli tubercolari. Malgrado la più energica cura col raschiamento e le causticazioni, si ebbero ostinate recidive ed ulteriore diffusione del processo. Per quanto è noto, l'ultima volta che Hajek osservò quest'infermo, l'ascoltazione fece rilevare rantoli a piccole bolle a livello dell'apice pulmonale destro.

Anche Rethi e Dansac hanno apportato un contributo casuistico ai tubercolomi nasali. Il Rethi ha descritto un caso di tubercolosi della cavità orale con perforazione, in forma di ulcerazione, nell'antro d'Highmoro e nel seno mascellare. Il processo si diffuse anche ai coruetti ed al setto. — Dansac riferisce di avere osservato un caso nel quale trattavasi di tumori granulanti del setto, bernoccoluti, mobili, e facilmente sanguinavano.

Il Chiari finora ha osservato molti casi di tumori tubercolari del setto; sventuratamente non tutti per un tempo sufficientemente lungo a poterne seguire esattamente il corso e fare un accurato esame istologico e batteriologico. Ciò gli è stato possibile finora soltanto in 6 casi. Le parti asportate coll'ansa o col cucchiajo tagliente furono subito messe in alcool assoluto, poi in un miscuglio di alcool e di etere, ed in ultimo incluse in celloidina, e sezionate col microtomo. I tagli furono colorati in parte nel litiocarminio, in parte nell'ematosillina del Delafield, in parte in fucsina fenicata ed in bleu di metilene.

Il quadro istologico in tutti questi sei casi fu identico; però soltanto in quattro si rinvennero bacilli tubercolari.

Finoggi è stato osservato, computando anche i casi del Chiari, 21 volta il tubercoloma nasale. In 11 casi furono constatati bacilli tubercolari, 6 volte la diagnosi fu fatta soltanto in base all'esame istologico, e quattro volte fondata unicamente sui caratteri clinici.

Per ciò che concerne l'etiologia, bisogna prendere in considerazione se, prima della malattia del naso, i rispettivi infermi erano, o meno, affetti da tubercolosi pulmonale. A giudicare dalle indicazioni date dagli autori, ciò fu constatato soltanto in 5 casi, il che naturalmente non esclude la possibilità che anche negli altri infermi non vi fosse stata precedentemente una leggiera affezione tubercolare dei polmoni. In 3 casi manca qualsiasi indicazione sul proposito; in 13 è detto espressamente, che l'esame dei pulmoni non faceva rilevare il menomo segno di un'affezione tubercolare. Ma poichè 7 di questi infermi erano in parte scrofolosi, e in parte provvenienti da genitori tubercolosi, si può ammettere con probabilità che in 12 di questi 21 caso l'infezione tubercolare della mucosa nasale ebbe punto di partenza da altre regioni dell'organismo. Per gli altri 6 casi resta soltanto ad ammettere che l'infezione provvenne dall'esterno.

Alla domanda: perchè l'infezione talvolta produce un'ulcerazione che rapidamente si diffonde, mentre in altri casi dà origine ad un tubercoloma, il Chiari risponde che, nello stato presente della scienza, non si può dire nulla di preciso sul proposito; è probabile, però, che in ciò influiscano il grado di resistenza dell'organismo, oppure la virulenza ed il numero dei bacilli tubercolari. D'altro lato è certo che spesso, accanto al tumore, si riscontrarono ulcerazioni, il che alla sua volta dimostra che non è possibile tracciare una recisa distinzione fra i singoli processi tubercolari della mucosa nasale.

Gl'infermi per lo più incominciano ad accusare scolo dal naso con consecu-

tiva formazione di croste, nonchè emorragie; e soltanto più tardi si lamentano di una ostruzione dei meati nasali. Però, non è raro il caso che il tubercoloma nasale non produca quasi alcun disturbo. Qualche volta il naso è un po' tumido. Dolori non se ne producono quasi mai. Per estirparlo si ricorre all'ansa fredda o galvanocaustica, oppure al cucchiajo tagliente. L'emorragia, allora, per lo più è leggiera; ma qualche volta è tanto profusa, che bisogna ricorrere al tamponaggio.—Ordinariamente, all'estirpazione segue una recidiva; oppure la perdita di sostanza, che si è prodotta coll'operazione, si trasforma in una ulcerazione; si verifica un rammollamento della cartilagine, la quale più tardi si distacca, sicchè spesso si osservano perdite di sostanza del setto. Se non si opera, il tumore può anche ulcerarsi, sicchè chi osserva allora per la prima volta l'infermo, in vece del tumore, scorge una ulcerazione.

Va da sè che nel caso di recidive, il tumore deve essere di nuovo asportato, e bisogna causticare energicamente il punto ove era impiantato. Però, malgrado questa grande tendenza alle recidive locali, la prognosi *quoad vitam* pare che sia buona, giacchè sui 21 caso finora registrati nella Letteratura, soltanto 5 volte apparve la tubercolosi generale. Inoltre, è a notare sul proposito, che tre di questi infermi, quando apparve il tubercoloma nasale, erano già affetti da tubercolosi generale.

In ultimo il Chiari tiene parola della diagnosi differenziale fra i tubercolomi e gli altri tumori nasali. Accenna anzitutto all'osteoma, all'encondroma ed alla formazione di creste del setto, che possono essere facilmente distinte dai primi per la loro consistenza ed il loro sviluppo lentissimo.—In quanto al polipo mucoso ed al fibroma del setto, essi hanno caratteri speciali, che li fanno subito riconoscere (peduncolo, consistenza, superficie liscia, poca tendenza alle emorragie, ecc.), sicchè non si può incorrere in un equivoco diagnostico. Soltant o le ipertrofie molli, bernoccolute, polipoidi del setto, possono presentare grande analogia coi tubercolomi; però la loro consistenza e l'aspetto non sono identici, senza contare che, dopo averle estirpate, la superficie cruenta guarisce rapidamente.

Il rinoscleroma, nonchè le gomme del setto, hanno caratteri tanto peculiari, che è quasi impossibile ad un occhio esperto di confonderli coi tubercolomi.

Tutt'al più potrebbero essere scambiati coi tubercolomi quei sarcomi molli ed abbondantemente vascolarizzati del setto, che hanno una superficie a piccoli bernoccoli, tendenza alle emorragie e consistenza midollare. Però, dopo averli bene estirpati, essi non recidavano tanto facilmente.—Va da sè, che i grossi sarcomi e carcinomi sono facilmente riconoscibili.

Le grosse proliferazioni nel lupo volgare possono essere molte analoghe ai tubercolomi; però, nel primo caso non mancano mai piccole efflorescenze papillari primarie della mucosa, oppure i noduli cutanei, come pure ulteriori manifestazioni del lupus nella faringe e nel naso; e sono esse appunto che fanno agevolmente distinguere il lupus dal tubercoloma nasale.

V. Meyer

Solis Cohen prof. J.—*Tumori nasali e naso-faringei.* (*Rhino-pharyngeal and nasal neoplasms*).

Tra i vari casi riferiti dall'egregio autore, in una lezione clinica fatta alla

Clinica Laringologica dell'Ospedale Jefferson di Philadelfia, il 13 ottobre 1893, particolare riguardo ne merita uno, del quale ci limitiamo a dar contezza ai nostri lettori.

Un giovane di 23 anni, ammalato da 10 a 12 anni di facili e ricorrenti epistassi, presentava un tumore di rilevanti dimensioni nel cavo naso-faringeo, diagnosticato e riconosciuto un fibro-sarcoma. Le condizioni del paziente erano così gravi, che, i chirurgi, ai quali fu rimandato, non trovarono giustificata la idea del Solis Cohen, di operare cioè risecando il mascellare superiore. In mezzo a così gravi circostanze, l'A. dopo aver fatto asportare dai suoi assistenti, con l'ansa cadente, la maggior parte di tumore ch'era possibile, cominciò le applicazioni con l'elettrolisi, delle quali fece 20 a 30 sedute.

Avendo riveduto l'infermo 4 mesi dopo, l'A. fu sorpreso dagli eccellenti risultamenti e, meravigliato egli stesso di quelli che aveva sortiti nel caso presente, presentò l'infermo guarito alla scolaresca, accennando alle cose già dette, che noi abbiamo voluto ripetere, perchè in circostanze simili ed in casi disperati, si tentino appunto queste risorse.

MASSEI

A. D'AGUANNO.—*Contribuzione alla statistica dei sarcomi del setto nasale. (Contribution à la statistique des sarcomes de la cloison des fosses nasales).*

L'A. riferisce il caso di una giovinetta di 11 anni, la quale vide apparire sulla regione destra del setto nasale, in vicinanza della narice, un tumoretto, che nello spazio di un mese, raggiunse il volume d'un grosso fagiuolo: avea consistenza elastica, colore roseo, superficie rugosa e sanguinava al sondaggio. Era impiantato per la sua metà posteriore ed era libero per la porzione anteriore, senza altro prolungamento. I gangli linfatici cervicali erano leggermente ingorgati, in rapporto (nota l'autore) della costituzione linfatica dell'inferma.

Asportazione con l'ansa a freddo della porzione libera del tumore e distruzione col galvano-cauterio (due interventi) di quella aderente. La fossa nasale ridivenne libera, ed a capo di due mesi, nessuna recidiva.

L'esame istologico di un frammento del tumore, eseguito da Sirena, Professore di Anatomia patologica all'Università di Palermo, rilevò: in parte cellule fusiformi con piccolo nucleo di varia forma, ed in gran parte cellule rotonde con nucleo della stessa forma e di volume variabile; ed inoltre una sostanza intercellulare, la quale, generalmente amorfa, era in piccola parte a forma reticolata ed in altra parte più piccola a forma fascicolata. Sirena concluse per un sarcoma parvi-globo-cellulare.

Più che nella forma clinica, è nella quistione anatomo-patologica, e quindi nel riguardo della statistica dei sarcomi del setto nasale, che è riposto l'interesse della presente osservazione; ma da questo lato non abbiamo sufficiente competenza per esprimere il nostro modesto giudizio.

A. TRIFILETTI

HERZFELD. — *Rimozione di un corpo estraneo dal cavo naso-faringeo, nella narcosi, a capo pendente.* (*Entfernung eines Frempkörp. rs ans dem Nasenrachenraum in Narcose beherabhängendem kopfe*).

Nel febbraio di quest'anno, l'A. dovette estrarre dal cavo naso-faringeo, un tubicino di gomma dura, lungo 4 1/2 ctm. Il massimo diametro del tubicino ascendeva a 5 millimetri L'inferma, una giovinetta di 17 anni, soffriva da qualche tempo un forte restringimento del meato nasale inferiore destro, per la cui graduale dilatazione le era stato introdotto, per alcuni giorni, questo tubicino, lasciandolo in sito per alcune ore. Un giorno esso scivolò attraverso il punto più stretto, non potette essere più veduto da avanti, e meno che mai si riuscì ad estrarlo per la via naturale. Condotta da Herzfeld, questi tentò dapprima, col dito introdotto per la bocca, di spingerlo di nuovo nel naso, ma la manovra non riuscì. E neppure gli riuscì di estrarlo da avanti con pinze nasali. Per effetto di questi molteplici tentativi, il tubicino in ultimo si era disposto trasversalmente nel cavo naso-faringeo, e propriamente in modo che una estremità era confitta nell'ostio destro della tuba, e l'altra nella fovea sinistra del Rosenmueller. Neppure allora si riuscì — malgrado la grande pazienza dell'inferma e la forte cocainizzazione del cavo naso-faringeo — ad estrarre il tubicino, che poteva essere seguito coll'occhio in tutta la sua lunghezza. L'A. si decise allora a ricorrere alla narcosi, e facendo stare l'inferma col capo pendente, potette, con grandi sforzi, sprigionarne una estremità dall'ostio della tuba. Per effetto della grande quantità di muco, il tubicino divenne sdrucciolevole e cadde nella faringe, ove fu agevolmente afferrato colla pinza ed estratto. Herzfeld insiste molto nel raccomandare ai colleghi di imitare questo processo nei casi analoghi, e ritiene per fermo, che se non fosse ricorso alla precauzione di fare stare l'inferma col capo pendente, il corpo estraneo sarebbe facilmente caduto nel vestibolo laringeo, ed avrebbe provocato gravi fenomeni.

In ultimo l'A. fa notare che in nessuno dei Trattati di Rino-Laringojatria si trova qualche accenno sulla estrazione di corpi estranei dal cavo naso-faringeo nella narcosi a capo pendente. Anzi, per lo più è detto che quando un corpo estraneo capita nel cavo naso-faringeo, e non può essere estratto per il naso, ta d'uopo afferrarlo con un dito introdotto per la bocca, affinchè non cada sull'epiglottide. Ed il Voltolini, come è ben noto, consigliò per questi casi l'uso di un istrumento a forma di cucchiaio, da spingere contro la parete faringea posteriore, per afferrare il corpo, quando scivola posteriormente dalla coana. L'A. in vece rigetta tutti questi metodi, convinto che, operando nel modo da lui descritto, con o senza narcosi cloroformica, viene conseguito l'obbiettivo nel modo più agevole e sicuro che si possa immaginare. E finanche nei casi di grosse vegetazioni adenoidi, quando l'infermo fosse molto ricalcitrante all'operazione, ricorre alla narcosi, a capo pendente, giacchè così si sarebbe certamente tutelati dalla caduta del tumore sull'epiglottide.

V. MEYER

FASANO Prof. A. — *Un caso di Pemfigo della mucosa faringea e tracheale.*

È un contributo alla diagnosi di quest'affezione, la quale, se raramente si osserva in concomitanza di un identico processo indovato sulla pelle, anche più di rado si vede *unicamente* sulla mucosa delle prime vie, come hanno dimostrato diversi autori, a cominciare da Hebra e Roller e finire a Boer, Ladngraf, Mandelstam, Irsai e Chiari. Anche nel nostro Ambulatorio si è avuto un caso di simil genere, riferito dal collega Garzia al Congresso della nostra Società, tenutosi ultimamente in Roma.

Certamente sarebbe stato interessante, come lo stesso Fasano osserva, conoscere l'ulteriore decorso del morbo, perchè pare indispensabile fare anche pel pemfigo della mucosa la stessa divisione che si fa per quello della pelle, vale a dire in *vulgaris* e *foliaceus*, non fosse per altro che per la prognosi, giacchè nel *foliaceus* non è facile osservare la guarigione delle efflorescenze, come nell'altro, e sventuratamente la forma benigna della mucosa è molto più rara, per cui, a lungo andare si vedono estesi tratti della mucosa orale privati, quasi completamente, del proprio epitelio.

Mettendo da banda l'etiologia e la terapia di questo morbo, che per ora lasciano tanto a desiderare, la parte che più interessa è quella della diagnosi differenziale del *pemfigo* rispetto alla tubercolosi laringea, alle papule sifilitiche, all'erpete faringeo e laringeo, all'erisipela della faringe e della laringe, alle erosioni che si producono nella laringe per causticazioni con acido solforico liscivia di potassa ecc.

Queste note differenziali, del resto, sono quelle stesse date da O. Chiari, comparse nella *Wiener klinische Wochenschrift* N.° 10 dell' anno or ora decorso e riprodotte nel numero precedente di questo giornale.

DAMIENO

PEYRISSAC dott. E. — *Studio sugli ascessi cronici incistati della tonsilla.* (*Étude sur les abcès chroniques enkystés de l'amygdale*).

È una monografia interessante, specialmente dal lato pratico, giacchè quest'affezione sebbene sia stata, in generale, poco studiata, pure deve essere più frequente di quello che si crede, e non si può, anche per questo, non tributare la dovuta lode all'egregio collega d'oltr'alpe, che ha saputo raccogliere i diversi casi sparsi nella letteratura francese, aggiungendone altri di propria osservazione.

Il lavoro, molto ben diviso ed ordinato in tanti capitoli speciali, è fatto con ammirabile chiarezza; dono, del resto, comune a tutti gli autori francesi.

Dopo brevi considerazioni anatomo-fisiologiche ed embriologiche sulla struttura tonsillare, esamina la possibile etiologia dell'affezione, la quale è certamente in rapporto di un fatto microbico, senza, però, poterne determinare

la specificità, anzi, pare che molti agenti morbosi possano produrlo, es. lo streptococco e lo stafilococco piogeno, il pneumococco, il leptotrix colle sue varietà e diversi altri non ancora ben determinati. Cause predisponenti sono i ripetuti attacchi di angina acuta, specie flemmonosa, dopo di cui la tonsilla resta voluminosa.

Quanto ai sintomi subiettivi e funzionali, si ha un fastidio, e qualche volta un dolore nella respirazione e nella deglutizione, specialmente se questa è dei liquidi od a vuoto. Obbiettivamente si vede la tonsilla aumentata di volume, e palpando si ha il senso di tensione, resistenza ed anche di fluttuazione.

Il decorso è lentissimo, anzi il pus può arrivare a concretizzarsi e dare dei calcoli, che sono della stessa natura e genesi dei calcoli salivari.

L'ascesso cronico della tonsilla, dovuto, con tutta probabilità, allo stafilococco piogeno albo, può confondersi con molte altre affezioni di quest' organo e l'autore con molta esattezza lo distingue dall'amigdalite acuta, dalla peritonsillite, dal flemmone latero-faringeo, dalla gomma sifilitica suppurata, dall'epitelioma, dal linfo-sarcoma ecc.

Infine, tratta della cura e qui non possiamo veramente essere d' accordo col Peyrissac quando sconsiglia ad ogni costo la tonsillotomia in chi abbia oltrepassato il quindicesimo anno di vita, per tema di fatale emorragia. A noi pare che vera gulda per farci preferire l'ansa galvanica al taglio, più che nell'età, debba tròvarsi nello stato speciale della tonsilla e nelle condizioni, dirò quasi emofiliache del soggetto.

Certo si è che noi facciamo molte tonsillotomie in adulti, senza punto farci imporre dalla *bête noire* dell'emorragia.

Ecco in breve la tela di tutto il lavoro, che noi consigliamo di leggere, perchè molto istruttivo e pieno di giuste ed interessanti considerazioni.

DAMIENO

A. ONODI — *Ricerche sulla dottrina delle paralisi laringee.* (*Untersuchungen zur Lehre von den Kehlkopflähmungen*).

In questa importantissima pubblicazione, nella quale l'A. riferisce le sue indagini circa molti punti controversi sulle paralisi laringee, egli incomincia col tessere anzitutto minutamente l' anatomia dei nervi laringei, esponendo tutte le fasi che le rispettive ricerche assolsero nel corso dei tempi. Però, soltanto da poco si è fatto strada generalmente un concetto esatto circa la distribuzione periferica dei nervi della laringe, e particolarmente sulle anastomosi che collegano la branca profonda del laringeo inferiore al ricorrente.

Passando in rivista la storia dell' anatomia di questi nervi, risalta a prima vista una concordanza di opinione fra gli autori circa il nesso anatomico fra i laringei superiori ed inferiori, che è stato sempre esattamente riconosciuto e ben descritto. Questo rapporto anatomico è costituito dalla cosiddetta *ansa* di Galeno, che pone il ramo interno dei laringei superiori in nesso con gli inferiori. Per ciò che concerne l' innervazione dei muscoli laringei, dalla fine del sécolo scorso fino all' ultimo decennio, troviamo quasi ovunque espresso il concetto della duplice innervazione dei muscoli laringei, e molti autori espressero l' opinione che i singoli muscoli sarebbero innervati così dai la-

ringei superiori come da quelli inferiori. Però non ancora havvi assoluta identità di concetto circa l'innervazione dei singoli muscoli. Così, p. es., il Mayer afferma che il postico, il cricoaritenoideo laterale ed il tiroaritenoideo sarebbero innervati dal ricorrente e dal ramo interno del laringeo superiore, mentre il cricotiroideo lo sarebbe dal ramo esterno di quest'ultimo. Secondo Bock, il ramo interno del laringeo superiore innerva il trasverso. Per Hildebrandt, il ramo interno del laringeo superiore si reca al trasverso, al crico-tiroideo ed al tiro-aritenoideo; il ricorrente spiccherebbe rami al postico, al crico-aritenoideo laterale ed al tiro-aritenoideo. Langenbeck porta opinione che il ramo interno del laringeo superiore innerva il trasverso ed il cricotiroideo. Secondo Krause, il ramo interno del laringeo superiore innerva il tiro-epiglottico, l'ariepiglottico, il trasverso, il tiro-aritenoideo, il cricoaritenoideo laterale ed il cricotiroideo; il ricorrente innerverebbe, eccezion fatta dei muscoli dell'epiglottide, tutti i muscoli ed il cricotiroideo. — Bach ritiene che il ramo interno del laringeo superiore innervi l'aritenoideo trasverso, il ramo esterno innerverebbe il cricotiroideo ed il cricoaritenoideo laterale, mentre il postico, il tiroaritenoideo ed il tiroepiglottico sarebbero innervati dal ricorrente.—Secondo Theile, il laringeo superiore innerva il cricotiroideo, il trasverso ed il tiroaritenoideo, mentre il ricorrente innerverebbe il postico, il cricoaritenoideo laterale ed il tiroaritenoideo. — Per Schlemm e Mueller, il laringeo superiore innerverebbe l'aritenoideo trasverso ed il postico, mentre il ricorrente innerverebbe il crico-tiroideo, il postico, il crico-aritenoideo laterale, il trasverso ed il tiro-aritenoideo.—Arnold crede che il ramo interno del laringeo superiore innervi il trasverso, mentre il ricorrente innerverebbe il cricoaritenoideo laterale, il postico, l'aritenoideo trasverso, il tiroaritenoideo ed il muscolo dell'epiglottide, ecc. E qui facciamo punto, giacchè se volessimo riferire per filo e per segno tutto ciò che dagli autori è stato accampato sul proposito, andremmo troppo per le lunghe, giacchè è difficile trovarne due che si accordino completamente sulla innervazione dei muscoli laringei. Ad ogni modo da questa esposizione risulta chiaramente, che la dottrina della duplice innervazione dei muscoli laringei si é andata gradatamente limitando ad uno o a due muscoli.

Al principio gli anatomici ammettevano che quasi tutti i muscoli laringei fossero innervati anche dal laringeo superiore. Nella seconda metà del nostro secolo si è finito per attribuire questa duplice innervazione soltanto all'aritenoideo trasverso, all'ari ed al tiroepiglottico.

Al Luschka dobbiamo le conoscenze che oggidì possediamo sull'innervazione della laringe, tuttochè le sue rispettive ricerche fossero state agevolate da quelle precedenti di Swan, Meyer, Aeby e Henle. Nella splendida monografia che diede a luce su quest'argomento, affermò che dalle sue indagini risultava chiaramente che le branche del ramo interno del laringeo superiore si recano esclusivamente alla mucosa, e che, eccezion fatto del cricotiroideo, tutti i muscoli della laringe vengono innervati dal ricorrente. Impartì ai singoli rami nervosi una denominazione corrispondente a quella dei muscoli che essi innervano. Le sue asserzioni furono più tardi controllate e condivise da Krause, Pansch, Schwalbe, Hartmann, Langer, Hoffmann-Rauber, Gegenbaur, Henle-Merkel, Mihalko-

vics, Sappey, Macalister, Dehierre, Gray-Pickering, Pick e Testut.

Nelle rispettive ricerche anatomiche, che l' A. iniziò nel 1887, e pubblicò in quello stesso anno, egli era pervenuto al risultato, che il muscolo trasverso viene innervato così dal laringeo superiore come da quello inferiore. — Proseguendo alacremente queste indagini, ebbe a convincersi, che il ricorrente soltanto innerva i muscoli laringei; che il ramo esterno del laringeo superiore è destinato per il cricotiroideo, mentre quello interno lo è per la mucosa.

Inoltre in queste ricerche l' A. scovrì alcune connessioni notevoli ed intime fra i nervi laringei superiori ed inferiori. Finora era noto soltanto quell'ansa, che sotto il nome di ramo discendente (ansa del Galeno) poneva il ramo interno in rapporto col ricorrente. Dalle osservazioni di Onodi risulta che nel dominio dell' aritenoideo trasverso vi sono molteplici anastomosi fra i nervi laringei superiori e la branca del ricorrente destinata per l'aritenoideo trasverso. Al margine superiore della lamina cricoide, là dove la branca del ricorrente apparisce per poi immettersi nell'aritenoideo trasverso, egli rinvenne costantemente molteplici connessioni coi nervi laringei superiori, le quali sono molto superficiali, e d' ordinario prodotte da un lungo ramo, che passa sull'aritenoideo trasverso, e qualche volta constatò due branche anastomotiche, che si fondevano in un solo tronco. Una volta osservò, che la cennata branca del ricorrente entrava in nesso superficiale con due rami separati del laringeo superiore i quali venivano da diversa altezza. Oltre a queste anastomosi superficiali, ne rinvenne in profondità delle altre, le quali finora erano completamente ignote. Seguendo i rami che penetrano nei muscoli, si trova costantemente un altro filetto anastomotico, che in direzione trasversale al muscolo pone il laringeo superiore in connessione con quello inferiore. Da quest'ansa profonda partono branche, che si recano al muscolo ed alla mucosa. Oltre alle rimanenti branche che vanno ai muscoli ed alla mucosa, si riscontra anche in profondità, direttamente sulla mucosa, in amendue i lati, un ramo del laringeo superiore, che converge verso la linea mediana, riceve anche un ramo dalla branca del ricorrente, oltrepassa la linea mediana a livello del margine della cartilagine cricoide, si pone in connessione trasversale colla branca dell'altro lato, la quale ha un identico decorso, e si sperde nella metà opposta della mucosa laringea. Sicchè l' A. avrebbe rinvenuti 4 connessioni pari ed una impari.

Circa l'innervazione della mucosa, è noto che gli anatomici al principio credettero che il nervo laringeo superiore e quello inferiore partecipassero in egual grado nell' innervazione. Più tardi fu attribuita un' importanza principale al ramo interno, e secondaria al ricorrente. Ed alcuni credettero persino che il ramo esterno del laringeo superiore dopo avere innervato il cricotiroideo terminasse nella mucosa.

Weinzweig ha sottoposto — ad esame microscopico — mucose trattate col iscivio di potassa, ed ha trovato che i nervi s'incrociano nella linea mediana, e che la mucosa viene innervata dal laringeo superiore e da quello inferiore.

Colle sue ricerche l' A. ha dato la prima descrizione anatomica, che nell'uomo s'incrociano—nella linea mediana—nervi il cui decorso può essere seguito all'esame macroscopico, ed i quali stanno in rapporto colla branca del ricorrente. All' innervazione della mucosa laringea partecipa così il laringeo

superiore come quello inferiore; però il primo in grado maggiore. Inoltre Onodi ha eziandio constatato che le fibre sensitive oltrepassano la linea mediana, per cui si ha una doppia innervazione sensitiva incrociata.

Premesse queste considerazioni generali, l'A. incomincia a tener parola dei rapporti in cui sta il simpatico rispetto all'innervazione della laringe.

Nei cani egli ha eseguito molti esperimenti, per accertare meglio in quale rapporto sta il simpatico colla laringe. A questo lavoro fu spinto dalle sue precedenti osservazioni sul sistema nervoso simpatico e da un' anomalia del ricorrente descritto dal Lenhossek. Dalle sue precedenti osservazioni risultava chiaramente, che i fasci cerebro-spinali dei *rami comunicanti* del simpatico si distribuiscono come segue: sulla porzione superiore della cavità toracica e sul collo la massima parte dei fasci fibrosi cerebrospinali afferenti decorre nel simpatico in sopra, e soltanto una piccola parte si reca in giù, mentre sulla rimanente porzione della cavità toracica e nella cavità addominale il cennato rapporto si presenta in senso inverso.

L'anomalia, descritta dal Lenhossek, era la seguente: il laringeo inferiore non promanava dal vago, come allo stato normale, sibbene da un ganglio, lungo 1,5 ctm., e della spessezza di 0,6 ctm. Il ricorrente aveva la spessezza di 0,5 mm. (mentre allo stato normale l'ha di 2,5 mm.).

Sulla porzione inferiore del collo il vago-simpatico — secondo le ricerche anatomiche esattissime fatte in questi ultimi tempi — si sdoppia nei suoi due tronchi: il vago spicca il ricorrente, e—inviando molti rami di qua e di là — penetra nella cavità toracica. Il simpatico aumenta in spessezza, formando il ganglio cervicale inferiore, e si continua nel doppio cordone limitante, il quale—mediante un *ramus comunicans*—entra in rapporto col plesso brachiale.

È questa la regione dove l'A. ha eseguito gli esperimenti. Sui cani vivi, o immediatamente dopo la morte, egli pose allo scoverto il doppio cordone limitante fra il ganglio cervicale simpatico inferiore ed il primo ganglio toracico, nonchè i rami comunicanti fra il cordone limitante ed il plesso brachiale. Al di sottodella laringe fu largamente aperta la trachea, per controllare i movimenti delle corde vocali. Stimolando questi nervi colla corrente faradica si produsse una contrazione dei corrispondenti muscoli delle corde vocali, mentre la corda vocale si portava rapidamente verso la linea mediana. Durante questi esperimenti, furono stimolati i limitrofi tronchi del vago e del simpatico, ma sempre senza alcun risultato. Egli potette accertare colla massima evidenza che i cennati nervi, stimolati, rispondevano con contrazione dei rispettivi muscoli della corda vocale, e che non si produceva alcuna reazione quando le limitrofe branche venivano stimolate con correnti di diversa intensità. — Inoltre, dopo ciascuno esperimento, fu fatta la preparazione anatomica dei rispettivi nervi, e furono sempre accertate le stesse condizioni le quali si accordavano coi risultati sperimentali.

Da questi esperimenti risulta chiaramente, che nelle vie dei rami comunicanti, fra il plesso brachiale ed il simpatico, come pure nel doppio cordone limitante fra il ganglio cervicale simpatico inferiore ed il primo ganglio toracico vi sono fibre, che prendono parte attivissima all'innervazione dei muscoli laringei.

***

Prima di procedere oltre nell' esposizione dei fatti accertati dall' A., ed a complemento di quanto finora abbiamo detto, ci sia permesso di ripetere poche parole sul cosiddetto nervo laringeo medio di Exner, del quale a suo tempo tenemmo parola in questi *Archivii*, insieme alle rispettive ricerche di controllo del Simanovsky e dal Katzenstein, i quali negarono l'asserzione di Exner, cioè che vi fosse questa branca del ramo faringeo del vago, la quale andrebbe al muscolo cricotiroideo, e che dallo Exner fu denominato nervo laringeo medio. Inoltre, è opportuno ricordare qui eziandio che questi interpreta tale risultato delle sue indagini anatomiche, nel senso che si debba ammettere una duplice innervazione dei muscoli laringei.

L'A. già immediatamente dopo la pubblicazione dell'Exner si accinse ad una vasta serie di ricerche sperimentali sui conigli, sia ripetendo quelli dello Exner, sia praticandone di nuovi e più esatti (estirpazione dei rispettivi fasci fibrosi, registrazione grafica delle contrazioni del muscolo, recisione del nervo). Non ha guari ha ripetuto gli esperimenti sui cani, ed ha constatato che la branca interna del laringeo superiore è un nervo sensitivo; in molti casi, nei quali recise questo nervo, *non potette mai accertare la menoma anomalia nella funzione delle corde vocali e dei loro muscoli.*

Inoltre, questi esperimenti gli avrebbero fatto rilevare che unicamente il ramo esterno del laringeo superiore innerva un solo muscolo: il crico-tiroideo. Il ramo interno non sta in alcun rapporto coll' innervazione degli altri muscoli laringei, che sono animati dai laringei inferiori. Al principio l' A. ha praticato gli esperimenti di stimolazione su tutto il tronco del ricorrente, ed in alcuni casi associò a questo processo l' estirpazione dell' uno o dell' altro muscolo. Più tardi, seguì il suo metodo: dissociò il ricorrente, nell' animale vivente, nei suoi rami periferici, e stimolò partitamente i rami muscolari isolati. In questi esperimenti risaltava colla massima evidenza la funzione isolata dei dilatatori come dei costrittori della glottide.

Tenendo presente che anche le osservazioni cliniche e le ricerche anatomiche depongono contro la teoria di Exner, si può ritenere che essa è assolutamente campata in aria, e tutt'al più applicabile soltanto nei conigli per peculiari condizioni anatomiche del rispettivo nervo. In fatti, lo Exner fece le sue ricerche quasi soltanto su questi animali. Ma, nell'uomo e nel cane le condizioni anatomiche, dice l'A., sono diverse, e questo cosiddetto nervo laringeo medio non esiste punto.

Più in là, prendendo a disamina l'azione fisiologica dei crico-aritenoidei postici, l'A. discute l'opinione di Jelenffy, secondo la quale la porzione più interna di ciascuno di questi muscoli eserciterebbe un'azione adduttrice sulla corrispondente corda vocale. Le sue ricerche sperimentali sono in opposizione diretta a questa ipotesi. Riassumeremo qui alcuni esperimenti da lui all'uopo praticati.

In un cane di media taglia, tutti i muscoli della metà sinistra della laringe, eccezion fatta del postico e del crico-aritenoideo laterale, vengono asportati. Lasciando l' animale in riposo, si vede l' aritenoide di questo lato muoversi un poco in dentro ed in fuori; ma, se si eccita il ricorrente di sinistra, viene

provocato un energico movimento di abduzione. Si asporta allora dalle sue inserzioni il fascio esterno del postico sinistro, restando completamente intatto il ricorrente ed i suoi rami, e, ciò malgrado, la stimolazione del nervo continua a produrre l'abduzione della corrispondente corda vocale. Se si recide, in prossimità della sua inserzione, una porzione del fascio interno del postico sinistro, e si eccita il ricorrente, l'aritenoide e la corda vocale assumono una posizione intermedia fra l'abduzione e l'adduzione. In vece, coll'eccitamento dello stesso nervo si ottengono ampii movimenti di abduzione della corda vocale, dopo recisione di una parte del crico-aritenoideo laterale. Sezionando in ultimo completamente questo muscolo, la corda vocale resta immobilizzata in abduzione, e questa posizione diviene ulteriormente accentuata stimolando il ricorrente. Ora, secondo l'A., il fascio interno del postico è allora il solo muscolo intatto che possa produrre questo movimento.—In un altro esperimento l'Onodi procedette come segue: in un cane staccò dalla sua inserzione il fascio esterno del postico destro, e lasciò intatti gli altri muscoli. Stimolando il ricorrente di destra producevasi una leggiera abduzione della corrispondente corda vocale.—Asportando allora gli altri muscoli, tranne il crico-aritenoideo laterale nonchè il postico, ridotto al suo fascio interno, e stimolando il ricorrente, si ha l'abduzione della corda. Se allora si asportano ulteriormente altri fasci interni del postico, la stimolazione del ricorrente produce l'adduzione della corda, mentre in vece si ha l'abduzione se si pratica una sezione parziale del crico-aritenoideo laterale. Da questi e da analoghi risultamenti sperimentali, Onodi ne deduce che l'ipotesi di Jelenffy è assolutamente infondata.

Inoltre, l'A. si è occupato pure della quistione relativa alla precoce perdita dell'eccitabilità elettrica del postico, a paragone di quella degli altri muscoli laringei dopo la morte, e combatte l'opinione di Jelenffy, secondo la quale questa peculiarità sarebbe la conseguenza di un raffreddamento più rapido di questi muscoli. In fatti, avendo egli in un cane, subito dopo la morte, mantenuto sul postico destro un tampone di ovatta impregnato di acqua alla temperatura di 37°, constatò che 10 minuti dopo la morte, soltanto il postico sinistro rispondeva agli stimoli elettrici.

Altri esprimenti, praticati dall'A., sono in opposizione con quelli di Hooper relativamente all'influenza dei narcotici, avendo egli sempre accertato che, sotto l'influenza della narcosi eterea o cloroformica, fino al momento in cui si verifica la morte, le correnti elettriche deboli o forti producono invariabilmente la chiusura della glottide. Sulla laringe degli animali uccisi dalla narcosi, in uno di questi modi, si constatò che i ricorrenti perdono la loro eccitabilità elettrica prima dei muscoli; indi segue il postico, più tardi i costrittori, ed in ultimo il tiro-aritenoideo interno.

In un'altra parte del suo lavoro l'A. ci espone il risultato delle sue ricerche sulla stimolazione isolata dei diversi rami muscolari del ricorrente, praticata sia sull'animale vivente e narcotizzato, sia sulla laringe estratta dal corpo. In questi esperimenti — fatti sopra giovenchi, maiali, pecore — tostochè fu asportata la laringe, i nervi furono isolati e messi allo scoverto per la stimolazione elettrica. Il fatto, precedentemente accertato nel cane, che le fibre isolate del postico perdono la loro funzionalità prima dei costrittori, è è stato constatato altresì nelle altre tre cennate specie di animali. Nel giovenco e nel maiale ci volle un tempo più lungo finchè si verificasse il feno-

meno; nella pecora esso risaltò colla massima evidenza possibile ed immaginabile. I nervi isolati apparivano tutti integri e di uno splendore bianco come nello stato vivente; e già nel primo esperimento, sedici minuti dopo la morte, il postico, isolato, non rispondeva punto nè a stimoli deboli nè a quelli intensi; mentre i rami che innervano i tiroaritenoidei interni conservavano la reattività più a lungo. Questo fenomeno può essere constatato anche sull'animale vivente se si adoperano correnti deboli, oppure se si provoca — con stimoli chimici — un'alterazione delle estremità dei nervi.

Più in là, l'A. cerca di risolvere i due seguenti quesiti: *a*) può il muscolo crico-tiroideo porre la corda vocale in adduzione? *b*) come è possibile di applicare ai casi patologici la posizione in adduzione delle corde vocali nel modo con cui essa viene provocata sperimentalmente?

Alla prima domanda l'A. risponde facendo rilevare che stimolando negli animali il ramo nervoso, destinato al muscolo in quistione, dopo aver sezionato il ricorrente, egli ha potuto vedere il bordo superiore della cartilagine cricoide ravvicinarsi a quello inferiore della tiroide; e nel tempo stesso, essendo la laringe aperta al disotto dell'osso joide, ha veduto la corda vocale tendersi e ravvicinarsi alla linea mediana. Egli spiega quest'adduzione sia colla tensione della corda vocale, sia col ricalcamento in alto ed in dentro delle parti molli, comprese fra la corda vocale e la corrispondeute lamina della cartilagine tiroide.

Alla seconda domanda Onodi risponde con alcuni esperimenti da lui praticati, nei quali, dopo aver sezionato i due ricorrenti nei cani, restando intatti i rami esterni dei laringei superiori, vide una dispnea, per adduzione delle corde vocali, verificarsi in questi animali, sia stimolando i nervi laringei, sia punzecchiando la pelle dell'orecchio. Egli suppone, che in quest'ultimo caso, se l'animale tentasse di gridare, non giungerebbe a produrre che la contrazione dei cricotiroidei, i soli in cui è rimasta integra, e quindi si avrebbe contrazione glottica.—Inoltre, egli fa anche rilevare, che i fenomeni non si produrrebbero qualora si ripetesse lo stesso esperimento accompagnandolo colla sezione dei detti rami esterni. L'A. crede che questa speciale azione dei cricotiroidei sia atta a spiegarci l'insuccesso della sezione di un ricorrente, praticato per ovviare all'adduzione patologica di una corda vocale.

L'ultimo capitolo del lavoro è destinato a discutere la parte che prende la contrattura dei costrittori, oppure la paralisi dei dilatatori nella immobilità delle corde vocali in adduzione, come si ha nelle affezioni bulbari e nelle compressioni del ricorrente. Pur rigettando completamente l'ipotesi del Krause, il quale suppose la presenza di fibre centripete nel tronco del ricorrente, e pure ammettendo che nella maggioranza dei casi trattasi di una inattività degli abduttori, Onodi crede che vi siano alcuni casi speciali, nei quali l'immobilità delle labbra della glottide in adduzione è realmente la conseguenza di uno spasmo dei costrittori; però, allora la stessa fonazione sarebbe compromessa da questo spasmo.—Egli menziona un caso oltremodo notevole di questa specie, nel quale si vedevano le corde vocali addursi fortemente così nel momento dei tentativi di fonazione come durante l'inspirazione; e la disfonia decorreva di pari passo colla dispnea.

Più in là, riferisce un bel caso di compressione doppia del ricorrente, i cui particolari confermano — colla precisione di un'esperienza da Laboratorio—le

idee accampate da Semon su tale quistione. In questo caso trattavasi di una donna di 62 anni, che presentava paralisi completa del ricorrente a sinistra (posizione cadaverica della corda vocale), incompleta a destra (la corda di questo lato, in vicinanza della linea mediana, rimaneva immobile durante l'inspirazione, e si ravvicinava all'altra durante i tentativi di fonazione). L'autopsia (l'inferma morì dopo poco tempo), fece rilevare un aneurisma aortico, che aveva prodotto completa distruzione del ricorrente di sinistra, ed incompleta del ricorrente di destra. L'esame microscopico del primo fece rilevare esclusivamente fibre degenerate. In vece, nel tronco del secondo, accanto a fibre degenerate vi erano altresì fibre intatte.

Proseguita fin sulle branche nervose di ciascun muscolo, codesta ricerca istologica diede i risultati più istruttivi. In fatti, mentre parecchi nervi, destinati ai costrittori, contenevano ancora fibre sane, il ramo nervoso del crico-aritenoideo posteriore era completamente degenerato, così a destra come a sinistra.

L' A. termina dichiarandosi partigiano convinto della teoria del Semon, la quale gli sembra dimostrata tanto dalle osservazioni cliniche, come dalle ricerche anatomiche e sperimentali.

Sono questi, in riassunto, i punti più salienti di questo lavoro, nel quale, come agevolmente il Lettore ha potuto rilevare, sono esposte molte indagini degne di nota, intorno a parecchi punti dell'innervazione dei muscoli laringei, e precipuamente di quella che ha attinenza al ricorrente. E quantunque dall' assieme di queste indagini non si possano trarre corollari di un valore generale ed assoluto, certo è, però, che ciascuna di esse costituisce un prezioso contributo, e prese complessivamente ci fanno avanzare di un altro passo verso la soluzione definitiva di questo importantissimo capitolo.

V. Meyer

J. Herzfeld — *Contributo alla dottrina dell'erisipela laringea primaria.* (*Ein Beitrag zur Lehre des primären Larynx-Erysipels*).

In questo caso trattavasi di una giovane a 25 anni, la quale aveva sempre goduto ottima salute, ed un mattino fu colpita repentinamente, nel destarsi dal sonno, da disturbi della deglutizione, ai quali si associarono, nel corso di quella stessa giornata, brividi, tremore, rigidità del collo e dolori nei suoi movimenti, nonchè malessere generale. E poichè sulle tonsille erano infiammati soltanto alcuni follicoli, il medico curante fece una buona prognosi, e prescrisse il ghiaccio e gargarismi di clorato di potassa. Ma quantunque i sintomi obbiettivi da parte della faringe ben presto si mitigarono, i disturbi subbiettivi, specie della respirazione, aumentarono in grado considerevole, ed al terzo giorno della malattia apparvero veri accessi di soffocazione, che si ripetettero molte volte. Chiamato a consulto il dottore Herzfeld, praticò subito l'esame laringoscopico, che fece rilevare un grave edema dell' epiglottide, dei ligamenti ariepiglottici e delle cartilagini aritenoidi. Sull'epiglottide apparvero produzioni a forma flittenoide, due delle quali suppurarono. Inoltre eravi febbre a tipo intermittente e dolorabilità della laringe alla pressione. In pochi giorni il processo nella laringe si dissipò, gli edemi scomparvero, le ulcerazioni dell' epiglottide si cicatrizzarono, e resi-

duò soltanto una grande debolezza, la quale coi tonici e con un'alimentazione sostanziosa non tardò a dileguarsi. In breve: dopo poco tempo l'inferma riacquistò il pristino stato di salute.

Alla minuta relazione della storia clinica, l'A. fa seguire alcune concettose considerazioni sulla natura della malattia, e dimostra, con argomenti inappuntabili, che questo caso, che fino a pochi anni or sono sarebbe stato battezzato come edema laringeo, dopo la pubblicazione del professore Massei—il quale, mentre da una parte ha accentuato il concetto dell'erisipela laringea primaria come di una malattia autoctona, tracciandone accuratamente le note cliniche ed anatomiche, dall'altra ha stabilito eziandio sopra saldi criterii i caratteri differenziali fra l'edema e l'erisipela primaria della laringe — deve essere ritenuto, nè più, nè meno che come una erisipela laringea primaria nel vero senso della parola. E tanto più devesi oggi ritenere come saldo ed inconcusso quanto il Massei ha stabilito, in quanto che le sue pruove cliniche sono state suffragate e rifermate da quelle batteriologiche dateci dal Biondi, dall'Hajek, dal Lavater, dal Samter e da altri, i quali nel secreto asportato dall'epiglottide, dalla tonsilla, come pure nelle masse necrotiche, ecc. hanno rinvenuto lo streptococco di Fehleisen, solo od associato talvolta a cocchi affini, sicchè oggi — conchiude l'A. — devesi ritenere come assodato che tutti quei presunti edemi glottici, i quali presentano i caratteri descritti dal Massei nella sua monografia sull'erisipela laringea primaria, sono nè più, nè meno, che vere erisipele primarie della laringe, dovute ad una infezione streptococchica primaria.

(*Virchow's Archiv für patolog. Anat. und Phys. und für klin. Med. 1893*)

V. Meyer

Waxham prof. F. E.—*Quattrocentosessantasei casi di intubazione della laringe.* (*Report of four hundred and sixtysix cases of intubation of the larynx*).

Riferirò, perchè di grande interesse, i dati statistici che rilevo da questa importante pubblicazione.

Sopra 466 intubazioni per crup, l'A. registra 161 guarigione, cioè una media del 34,54 per 100.

Giova notare che si tratta di casi non già prescelti, ma operati come si presentavano, senza tener conto dell'età, della malignità del processo, di un ambiente sfavorevole, del periodo in cui si poteva intervenire. Si tratta di bambini da 5 mesi a 6 anni di età, la maggior parte appartenenti alla classe povera.

Per provare quello ch'io ho sempre sostenuto, cioè le serie oscillazioni che possono presentare le cifre statistiche riferibili al crup, mi piace notare che, nella prima centuria, il Waxham ebbe il 27 p. 100 di guarigioni, nella seconda il 44, nella terza il 40, nella quarta il 38 p. 100 e tra gli ultimi 66 casi, 22 guarigioni, cioè, il 33,33 per 100.

Un altro dato che mi preme di rilevare è questo: l'A. senza negare il pericolo che false membrane potessero essere ricalcate in giù, mentre s'introduce il tubo, osserva che questo grave inconveniente si può scongiurare, ritirando il tubo medesimo, e che egli è riuscito a far espellere grossi lembi di false membrane, ritirando il tubo temporaneamente.

La memoria termina con la presentazione di utili modifiche all'istrumentario, modifiche dirette a poter rendere asettici i tubi, l'introduttore, l'estrattore, ecc. La cassa che li contiene è metaliica e sono soppresse le viti, in modo che l'apparecchio non si sciupa e si può completamente disinfettare.

MASSEI

GOMEZ DE LA MATA—*Trattato teorico-pratico delle malattie di gola. (Laringe e Faringe)*—*(Tratado teorico-pratico de enfermedades de la garganta — Larynge y Faringe)*.

Salutiamo, plaudendo, quest'altra interessante pubblicazione che, cominciata nel 1891, è oggi completa (Madrid—Stab. Tip. Juste). In verità, non è un *trattato* come il titolo annuncia, ma una *raccolta*; nè questa è critica, perchè l'autore lo dice lealmente nella Prefazione: affermando che ha voluto riunire in un volume le cose più nuove relative alle *malattie della gola*. E per vero, le 442 pagine sono occupaie soltanto da 18 capitoli, dei quali i meglio riusciti sono:

1°) quello sulla cronica ipertrofia delle tonsille;
2°) sull'angina difterica;
3°) la tracheotomia;
4°) la laringite;
5°) l'intubazione;
6°) la tisi laringea.

L'A., già noto nella Letteratura Medica per altri pregevoli lavori, e nella nostra specialità per la monografia *sulla cura del crup* e *dell'angina difterica*, per quella *sulla sordità e sua cura*, e la traduzione del libro del Paquet sulle *otopatie*, merita il dovuto elogio e noi siamo lieti di farlo nelle colonne di questo giornale, ringraziandolo altresì pel cortese dono.

MASSEI

BOTEY dott. R.—*Studii clinici sulla Laringologia, la Otologia e la Rinologia, la sua pratica ed il suo attuale insegnamento in Europa. (Estudios clinicos sobre Laringologia, Otologia y Rinologia, su practica y ensenanza actual en Europa)*.

Questo libro del Botey é veramente prezioso perchè, mentre rileva lo stato della Laringologia e dell'Otologia in Europa, mentre ricorda le proprie impressioni, rievoca in tutti un caro ricordo, quello dei nostri primi passi nella specialità.

Ed il ricordo è reso palpitante dai ritratti di tutti i cultori ed insegnanti di Laringologia ed Otologia europei, riprodotti con una verità e somiglianza sorprendenti, sicchè non sapremmo abbastanza lodare il valoroso collega che, affrontando spese non lievi e superando difficoltà non poche, è riuscito bellamente a compilare questo *libro-album*, che ognuno di noi custodirà gelosamente nella propria biblioteca.

Sinora sono 3 fascicoli comparsi, che riguardano la situazione della *Oto-Rino-Laringologia* in Francia, in Austria ed in Germania; ma l'A. promette

di proseguire questa preziosa rassegna per l'Inghilterra, il Belgio, la Svizzera, la Russia, l'Italia e la Spagna.

Applaudiamo di cuore e ringraziamo il collega pel gentile dono.

MASSEI

ABATE dott. C. — *Contributo alla diagnostica delle laringiti gottose.*

Sotto questo titolo, l'egregio collega di Catania riporta quattro osservazioni di *laringite gottosa*, in due delle quali, molto interessanti, ha provato, all'esame chimico e microscopico, dietro l'estirpazione o l'uscita spontanea di masse pseudo-plastiche dal laringe, trattarsi di depositi calcarei sulla cartilagine aritenoide o sull'epiglottide, depositi formati in gran parte da acido urico: in un terzo caso si trattava di una escavazione ulcerosa sulla cartilagine aritenoide destra in un individuo gottoso, e nell'ultimo, finalmente, si notava una laringite intermittente e concomitante alla sopravvenienza dell'accesso gottoso.

La gotta, nel suo polimorfismo, come invade le articolazioni metatarso-falangee e possibilmente anche quelle degli arti inferiori e superiori, può localizzarsi nel laringe, e può anzi quest'organo, per un'aberrazione ancora inspiegabile, essere il punto di partenza di tale manifestazione diatesica. Nessuna difficoltà, quindi, nell'ammettere, accanto alle varie forme di laringiti sintomatiche, la *laringite gottosa*; non si tratterebbe naturalmente di una nuova entità morbosa, sibbene di una localizzazione particolare e talvolta primitiva della cosidetta *diatesi urica*.

Della *gotta laringea*, gli autori classici di laringologia in generale non fanno alcuna menzione: solo nel recente trattato del Massei sulla *Patologia del laringe*, trovo citato il Mandl, che, avendo osservato un caso di concrezione calcarea sulla corda vocale sinistra in una donna a 73 anni disfonica, fu propenso a riportare quest'alterazione alla gotta: però non risulterebbe in modo evidente l'esistenza della diatesi urica.

Tuttavia questo soggetto non è del tutto nuovo, avendo già da qualche anno cominciato ad attirare l'attenzione degli osservatori. Il Major nel 1887 (*New-York Med. Journ.*) in un articolo intitolato: *Affection of thc crico-arytenoid articulation*, fu forse il primo a far notare come l'articolazione crico-aritenoidea avesse potuto andare incontro ad infiammazione acuta, circoscritta, negli attacchi di reumatismo articolare e nella gotta, la quale ultima specialmente avesse potuto farsi causa dell'anchilosi di tale articolazione.

Allen Harrison nel *Med. News* di Filadelfia e nel *Journal of Laringology*, Nov. 1888, studia cinque casi di affezioni dolorose della gola in individui gottosi, alternandosi con accessi di gotta ordinaria, e sopravvenienti in seguito a catarro delle fosse nasali o del faringe, ovvero anche dopo un eccesso di regime.

Morell Mackenzie, sebbene nel suo trattato di *Malattie del laringe* non ne faccia cenno, tuttavia nel 1889 (*Journal of, Laryng. and Rhin.*) in un articolo sulla *Gotta nella gola* si mostra in generale un po' restio ad accettare con molta facilità questa particolare localizzazione, e non ammette che quei casi in cui il paziente mostra dei segni evidenti di gotta.

I casi da lui osservati sono: 1. Un edema acuto dell'ugola scomparente dietro l'attacco gottoso dell'alluce. 2. Una infiammazione cronica dei pilastri

posteriori in un individuo presentante da lungo tempo alterazioni gottose alle dita della mano. 3. Depositi gottosi attorno alle articolazioni crico-aritenoidee dei due lati causanti una disfonia ostinata. 4. Infiammazione gottosa che dava luogo ad una ulcerazione fungosa della corda vocale superiore sinistra, simile al cancro.

I sintomi di quest'affezione, sulla qual il cóllega Abate ha richiamata la nostra attenzione, dovranno naturalmente variare a secondo la sede, l'ostacolo, l'intensità ecc. del processo laringeo; quindi potremo avere disfonia, afonia, dispnea, disfagia e così di seguito.

Da ciò si scorge come la *gotta laringea* sia una forma molto degna di studio, ed i casi coscienziosamente osservati, come quelli dell'A., costituiscano un serio contributo a questo ramo di patologia speciale.

(Archivio Int. delle specialità med. chir.)

D'Aguanno

Bayer.—*Sul valore terapeutico degl'idrocarburi in generale, specialmente dei « vasogeni Klever », applicati alla cura delle malattie delle vie respiratorie, particolarmente alla tubercolosi.* (*De la valeur thérapeutique des hydrocarbures en général, spécialement des « vasogènes Klever » avec application spéciale au traitement des maladies des voies respiratoires, notamment de la tuberculose*).

Bayer ha sperimentato, per due o tre anni, l'azione dei *vasogeni* ed ora ne publica i risultati ottenuti.

I *vasogeni*, secondo le notizie date da Klever che ha fornito all'A. le preparazioni, non sono altro che idrocarburi impregnati di ossigeno, donde l'A. crede assegnare ad essi il nome più proprio di *ossivasellina.* Le esperienze hanno dimostrato che la combinazione dell'ossigeno con gl'idrocarburi è dovuta alla presenza di acidi nafteno-carbonici, di mercaptani e di solfuri. L'ossigeno dell'aria, dei gas, dei liquidi, dei minerali e specialmente quello degli alcali, possiede una grande affinità con gl'idrocarburi, e si combina con essi. È tuttavia dubbio, se una combinazione chimica abbia luogo realmente col corpo intero degl'idrocarburi, o si verifichi soltanto un miscuglio intimo, una specie di combinazione labile degli idrocarburi puri con le molecole di ossigeno.

Noi non seguiremo l'A. nei dati chimici e storici che ci fornisce su gl'idrocarburi in generale, la cui conoscenza ed applicazione terapeutica rimontano ad epoca antichissima, nè lo seguiremo su quanto ci dice sulle applicazioni del petrolio, il quale contiene una grande quantità di idrocarburi anestetici e volatili, proprii a modificare lo stato delle vie bronco-pulmonari nel momento della loro eliminazione, nè su quella degli idrocarburi provenienti dagli olii minerali impuri e che vanno sotto il nome di *vaselline;* ma riassumeremo soltanto quanto riguarda il *vasogeno* od *ossivasellina* Klever.

La più vicina parente alla vasellina liquida è il *vasogeno* Klever,

una sostanza medicamentosa che la sostituisce vantaggiosamente, soprattutto per quanto riflette tolleranza delle iniezioni ipodermiche nella cura delle malattie delle vie respiratorie e della tubercolosi. Klever stesso fornisce, con un nuovo processo di fabbricazione, il preparato medicamentoso.

Il vasogeno puro ha quasi la stessa consistenza della vasellina liquida; è di colore bruno giallastro ed ha un peso specifico di 0,891; la sua reazione è leggermente alcalina, e forma con l'acqua una emulsione biancastra. Ha odore e gusto particolare, non dispiacevoli.

Le esperienze dell'A. sui conigli hanno dimostrato la sua innocuità, iniettandolo sino a $^1/_{200}$ del loro peso. Esso costituisce un vero medicamento, perchè contiene ancora i principii attivi degl'idrocarburi naturali, dei quali le vaselline medicinali sono privi. Di più discioglie ancora meglio delle vaselline le sostanze medicamentose, per esempio, 5 per 100 di jodoformio, 10 a 20 per 100 di creosoto, ecc. Sono appunto queste diverse combinazioni e preparazioni di *vasogeno* che Klever fornisce sotto il suo nome, cioè di *vasogeni Klever.* Inoltre possiede ancora due proprietà particolari, che gli sono conferite dalla combinazione con l'ossigeno; cioè 1° di emulsionare i liquidi e le secrezioni normali e patologiche della pelle, delle mucose, delle sierose, delle glandole, dei tessuti, delle piaghe, ecc.; 2° di essere assorbita con una estrema facilità.

L'A. si è servito delle seguenti preparazioni: vasogeno al mentolo, al jodoformio, al creosoto, all'ittiolo, alla creolina, alla canfora, alla trementina, all'eucaliptus, alla pioctanina; e le applicazioni riguardano la pelle, le mucose, la medicina interna e la chirurgia. Sarebbe lungo il seguire l'A. in queste diverse applicazioni. Di più egli ha cercato di sapere fino a qual punto l'effetto generale può essere ottenuto dalla unzione di vasogeno sulla pelle. A questo riguardo ha osservato davvicino i cangiamenti che si producevano in ammalati di tubercolosi della laringe, ed ha constatato (senza cura locale) degli effetti sorprendenti. Dopo poco tempo dalle frizioni di vasogeno creosotato sulla regione laringea, in fatti, gl'infermi accusavano il gusto del creosoto nella bocca, ed ha accertato con l'analisi chimica la presenza di fenolo nell'urina. Perciò, alla questione: quale parte è devoluta a questa medicazione locale al vasogeno e quale al creosoto, egli risponde, che, senza il vasogeno l'entrata del creosoto nell'organismo sarebbe chiusa, sicchè tutto il merito appartiene al vasogeno; mentre poi, nel caso di medicazione interna, lo stesso vasogeno aggiungerebbe all'efficacia del creosoto novelle qualità curative, delle quali é impossibile determinare ora l'importanza.

Sulle mucose delle prime vie aeree ha impiegato le medesime preparazioni dei vasogeni. Il modo é quello delle frizioni, iniezioni, polverizzazioni e dei gargarismi. Le frizioni sono state fatte a mezzo

di sonde guarnite di ovatta e bagnate nei vasogeni, cioé a dire con una specie di massaggio, per fare penetrare il rimedio nella mucosa attraverso l'epitelio. Ha trattato così, col vasogeno al mentolo (5 %), catarri semplici ed anche quelli ipertrofici acuti e cronici del naso, della faringe e della laringe, con eccellenti risultati. Egualmente dice per l'ozena; e cosi pure per le affezioni infiammatorie e microbiche di queste mucose. A questo proposito, ha constatato che le false membrane difteriche si sciolgono al contatto con i vasogeni alla creosolina, al iodoformio ed all'ittiolo, esercitando questi una influenza non solamente antimicrobica, ma calmante. A questo modo ha visto agire egualmente le iniezioni, i gargarismi e soprattutto le polverizzanioni creosotate, nelle diverse affezioni delle prime vie respiratorie, compresa la pertosse.

La medicazione interna con i vasogeni sembra all'A. la più importante. Ha curato la tubercolosi, le bronchiti croniche, l'asma e la pertosse col vasogeno creosotato. Ai tubercolosi ne ha fatto prendere, tre volte al giorno, 2 a 5 gocce, aumentando di 1 goccia ogni giorno sino ad una media di 20 gocce per volta, sospese in acqua od in latte con un po' di cognac. Nello stesso tempo ha fatto applicare per il retto, a mezzo di una piccola siringa della capacità di 3 grammi, una emulsione di qualche goccia dal rimedio, e ne ha avuto perfetta tolleranza e facilità di assorbimento. Gli effetti ottenuti sono superiori al metodo endermico: l'azione del cuore si regolarizza, la febbre scompare, i sudori notturni diminuiscono e scompaiono, l'espettorazione diminuisce e con essa il numero dei bacilli; la respirazione diviene più libera; gli infermi avvertono un senso di benessere, ecc. Nello stesso tempo i sintomi locali si modificano; i rantoli bronchiali diminuiscono e spariscono; ed ha visto perfino delle infiltrazioni pulmonari ridursi al punto da sfuggire alla percussione. Siccome le affezioni laringee si prestano particolarmente all'osservazione degli effetti curativi di questa medicazione, così ha potuto vedere realmente migliorare e disparire le affezioni tubercolose della laringe, dal semplice catarro concomitante sino alle lesioni più gravi, come infiltrazioni, pericondriti edematose con laringostenosi, ecc.

In chirurgia, poi, ha applicato largamente il vasogeno jodoformizzato (5 %). L'A. è arrivato perfino a sperimentarlo per iniezioni parenchimatose allo scopo di risolvere tumori benigni o maligni, come a dire ingorghi glandolari, linfomi, linfadenomi, epiteliomi e sarcomi. In tutti questi casi, egli dice, l'effetto dissolvente è stato manifesto e all'uopo riporta delle storie cliniche dimostrative.

In fine del lavoro dichiara i vasogeni al mentolo ed all'ittiolo degli eccellenti *oli d'orecchio*, cioè capaci di sciogliere i turaccioli di cerume; come pure raccomanda una soluzione concentrata di vasogeno

alla creolina (che viene preparata da lui del pari che le altre) per disinfettare le mani, gl'istrumenti ed altro.

Noi non abbiamo esperienze proprie intorno all' azione dei *vasogeni Klever*, che ci permettano di fare qualche apprezzamento; ma possiamo ben dire, che l' impressione che abbiamo ricevuta dalla lettura dell'articolo di Bayer (a parte, forse, il troppo entusiasmo dell'A., come di ogni cosa nuova) è stata non soltanto soddisfacente, ma tale che c'incoraggia a sperimentare presto questi rimedi: il che faremo quanto prima.

TRIFILETTI

SOCIETÀ LARINGOLOGICA BERLINESE

Seduta del 3 Novembre 1893.

Landgraf, prendendo la parola prima di passare all' ordine del giorno, dirige alcune parole di ringraziamento al presidente, alla cui attività è dovuto l'impianto di un comparto rino-laringojatrico nell'Ospedale *Charité*.

Fraenkel risponde, e fa rilevare l'importanza di questa istituzione per la Specialità.

Heymann mostra un papilloma dell'estremità della lingua in un infermo che da poco gli è stato inviato.

Lublinski menziona il caso occorso ad un uomo di 50 anni, che presentava un papilloma analogo, ma molto più voluminoso, al limite fra il palato duro e quello molle.

Passando all'ordine del giorno, Heymann tiene parola delle aderenze sifilitiche nelle vie aeree superiori. Nel primo caso di questa specie, da lui osservato, trattavasi di una faringo-laringite gommosa, ribelle a tutti i mezzi terapici, insieme a sinechie faringee, mentre le corde vocali rimanevano libere. A causa della stenosi tracheale, si dovette praticare la tracheotomia superiore. Dopo la guarigione si notò che la corda vocale sinistra era larga, quella destra tumida ed impedita nei suoi movimenti. — Nel secondo caso trattavasi di un giovine, il quale affermava di essere stato inficiato da suo padre. Aderenza del palato colla faringe. Base della lingua normale. Epiglottide ineguale. Cartilagine aritenoide destra lussata in dentro. Corda vocale destra immobile. Sotto la glottide una membrana, che si tendeva in avanti.— Nel terzo caso, che fu anche presentato alla Società Laringologica, trattavasi di una sifilide, probabilmente ereditaria. Nella laringe si rinvennero ulcerazioni sulle false corde. Oltre alle peculiari cicatrici nella laringe, eravi pure una cicatrice membranosa al di sotto della corda vocale sinistra, nonchè aderenza fra il velopendolo e la laringe.

Rosenberg presenta tre casi di stenosi sifilitica. Il primo mostra alterazioni primarie sulla tonsilla. Sull'arco palatino anteriore, placche. Nel secondo, havvi una incipiente stenosi del vestibolo laringeo. Ingrossamento della tonsilla linguale ed ulcerazione alla base della lingua, i cui margini erano screpolati. L'epiglottide ridotta ad un moncone, che aveva contratto aderenza colla base della lingua. Profonde ulcerazioni sui due ligamenti ari-epiglottici. Il movimento delle corde vocali impedito in amendue i lati. Nel corso della cura antisifilitica fu accertato che l'incipiente stenosi del lume laringeo era prodotta dalla

:tura cicatriziale.—Nel terzo caso, la stenosi era molto inoltrata. L'esame »scopico fu possibile soltanto previa anestesia cocainica, e sollevamento ·piglottide a causa della forte massa cicatriziale. Profonde cicatrici. La .gine aritenoide sinistra mancava quasi completamente. Si vedeva sol- , una fenditura triangolare. L'epiglottide, a causa delle retrazioni cicatri- · era attirata sui ligamenti ariepiglottici, mentre le corde erano ravvicinate loro, sicchè la stenosi era doppia. Il trattamento con la sonda fu molto :ace per rimuovere la seconda di queste stenosi, mentre non lo fu per la .ma, la quale finora non ha potuto essere combattuta neppure coll'incisione col frequente raddrizzamento dell'epiglottide.

Demme presenta un preparato di sifilide nasale. La cavità nasale era riempita da una enorme quantità di secreto fetido. All'estremità inferiore di un cornetto eravi una ulcerazione, e lo stesso si notava alla estremità superiore del setto, il quale era perforato. Narrando la storia clinica di questo caso, egli riferisce che, nel corso della cura, fu asportato un sequestro. Più tardi il naso si depresse. Tutti i cornetti erano impiccoliti. Sul preparato si vedeva soltanto la parete nasale laterale. Dal fornice protrudeva nella cavità nasale una prominenza oblunga, che forse era una cisti.

Alla discussione, che seguì su quest'argomento, presero parte Behrend, Lublinski, Fraenkel, Treitel, Scheinmann, Heymann e Rosenberg.

Sandmann tiene parola degli autogrammi della respirazione nasale. Secondo lui, le tumefazioni della mucosa e le anomalie dell'impalcatura del naso ora non determinano punto, ed ora svariatissimi gradi di stenosi nasale. L'ordinaria espirazione unilaterale non è un mezzo sufficiente, perchè i piccoli impedimenti vengano facilmente superati. Sandmann utilizzò gli autogrammi. Tenendo verticalmente una lamina di vetro, si produce (nella espirazione attraverso ill naso) una figura a forma di un cuore, quando i meati nasali hanno un'ampiezza normale. Nella stenosi essa viene modificata.

Seduta del 10 Dicembre 1893.

1) Prima di passare all'ordine del giorno, Flatau riferisce la storia clinica di una giovane affetta da cronico empiema del seno sfenoidale. Oggi essa è quasi guarita. Nell'infanzia soffrì molte volte l'erisipela facciale, e quattro anni or sono una forte erisipela del cuojo capelluto, apparsa dopo una cauterizzazione con la galvanocaustica. A questa erisipela seguirono dolori lancicanti al capo, scolo purulento dalla narice sinistra.—Più tardi si depositarono grandi quantità di croste fetide fra il setto ed i cornetti medii. La mucosa non era molto alterata. Il seno fu raggiunto ad una profondità di 10 ctm. (misurata a partire dall'apertura interna). La suppurazione, la formazione di croste e tutti i disturbi sono scomparsi. È trascorso un mese dacchè è stata operata, ed havvi ancora soltanto una leggiera secrezione mucosa dal seno sfenoidale.

2) Anche Herzfeld presenta un caso di empiema dei seni sfenoidali, probabilmente apparso dopo intensa tonsillite e rinite. Da tre anni dolori lancinanti al capo. Per lungo tempo i medici generici curanti non conobbero di che si trattava. Quando l'inferma si recò in cura da Herzfeld, questi con-

statò che vi erano carie ed empiema. Col raschiamento furono asportate poche granulazioni.

3) Scheinmann presenta un infermo nel quale l'esame fa rilevare gomme esulcerate verso la metà della parete faringea posteriore e paralisi della metà destra del palato. A sinistra vi erano crampi clonici del muscolo palato-faringeo, che movevano le pliche in dentro. Indi seguiva un movimento del velopendolo, che appariva più accentuato sulla parete faringea posteriore, e si continuava fino al vestibolo laringeo. La laringe è intatta. Si effettuano circa 160 brevi movimenti al minuto. Queste contrazioni si verificano soltanto a sinistra. A destra appariscono unicamente leggieri movimenti associati. Lo infermo, che da poco tempo è stato sottoposto ad una cura con injezioni ipodermiche, è tuttora emiplegico. I crampi sono probabilmente di natura centrale.

Grabower ricorda che dalle ricerche di Heidenhain risulterebbe potersi anche supporre una causa periferica, prodotta per es. da tumori sifilitici.

A queste comunicazioni di Flatau, di Herzfeld e di Scheinmann non segue alcuna discussione.

Passando all'ordine del giorno, Grabower presenta un caso di paralisi dei muscoli laringei per causa centrale. L'infermo ha 57 anni, e dodici anni or sono fu contagiato di sifilide. L'esame non fece rilevare altro che un leggiero enfisema. La sensibilità della pelle è diminuita; vi sono iperestesia, termoipoestesia, sintomo di Romberg, sintomo di Westphal, riflesso pupillare fortemente diminuito; però l'acuità uditiva è normale. Voce affievolita; sperdimento di aria nella fonazione. Nessun fenomeno catarrale. La corda vocale sinistra è immobile in posizione cadaverica, ed al margine libero leggermente concava; quella destra non raggiunge la sinistra, che sta in marcata abduzione. Diagnosi: paralisi del ricorrente con tabe dorsale, in uno stadio non molto innoltrato. L'A. afferma che, mentre in questi casi le paralisi del postico sono frequentissime, è stata descritta bene soltanto una paralisi del ricorrente. Nel caso presentato dall'A. il dominio dell'accessorio è rimasto intatto. Egli cerca di utilizzare questo caso per avvalorare il suo concetto, cioè che l'accessorio non sta in alcun rapporto coll'innervazione motrice della laringe. Contro di ciò sono state sollevate obbiezioni di natura clinica e teoretica, e queste ultime si fondano specialmente sull'impossibilità di distinguere masse nucleari, che stanno in così intimo rapporto fra di loro. Grabower, fondandosi sopra alcune ricerche, che non ancora ha pubblicate, ritiene per fermo che havvi una distinzione morfologica spiccata fra questi due gruppi cellulari. Dei due gruppi nucleari del vago, soltanto il *nucleus ambiguus* può essere invocato per spiegare l'azione motrice. La dimensione dei nuclei dell'accessorio è pressochè un *quid medium* fra i nuclei motori e quelli sensitivi del vago. Su tale riguardo sarebbero decisive le ricerche di von Deeks, il quale all'autopsia constatò che il nucleo motore e quello sensitivo del vago erano degenerati, mentre il nucleo dell'accessorio era intatto. Le obbiezioni cliniche si fondano sui reperti della paralisi del cucullare. Può darsi allora che il processo si diffonda da un nucleo all'altro. Inoltre, Grabower ha osservato pure il processo opposto, cioè paralisi del cucullare senza paralisi laringea. Trattavasi di un caso di tabe a stadio innoltrato.

Nella discussione, che seguì alla relazione di Grabower, Fraenkel fece rilevare che i fatti finora accertati non pare autorizzino a ritenere che le fibre di connessione fra i nuclei del vago agiscano sempre come nervi laringei. Per lo passato, esse venivano ritenute di pertinenza dell'accessorio.

Landgraf non crede dimostrato che i casi di paralisi del cucullare senza paralisi laringea sieno di natura centrale.

Grabower risponde che ciò, quantunque possa essere desunto soltanto per analogia, ha molti dati in suo favore.

TH. S. FLATAU (Berlino).

VARIA

Questo fascicolo é il primo dell'anno XIV. Entrando, così, in un altro anno di vita, noi dovremmo rifare un programma; ma la via tracciata è purtroppo la retta (non siamo noi a dirlo), onde deviare sarebbe colpa. Quello che sia il nostro giornale, qual contributo esso abbia portato alla Laringologia in Italia, non spetta a noi rilevarlo. Primo per data nel nostro paese, esso è stato di sprone alla pubblicazione di altri giornali speciali, che, cospirando allo stesso santissimo scopo, non hanno nociuto a questa nostra modesta pubblicazione, nè commercialmente, nè scientificamente parlando.

Le colonne del nostro giornale sono state sempre impazialmente aperte ad amici ed avversarii, ed una ben nutrita rivista ha cercato sempre di tenere il lettore al corrente del movimento letterario.

Seguiteremo ad essere quello che siamo stati, paghi del contributo modesto, ma irrefragabile, che abbiamo portato alla Laringologia ed alla Rinologia, la gloriosa bandiera delle quali sventola sublime, universalmente rispettata.

***

In occasione della fausta assunzione dell'on. Baccelli al dicastero della publica Istruzione, il Prof. Vittorio Grazzi, Presidente della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia, gli spediva la mattina del 16 dicembre ultimo, il seguente telegramma, interprete dei sentimenti amorevoli e devoti di tutti i socii.

« La Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia, che nel suo primo Congresso vi salutò, l'anno scorso in Roma, suo promotore e padrino, vi saluta con altissimo compiacimento, oggi che per onore ed incremento della Scienza siete ritornato Ministro della Istruzione in Italia. — Grazzi Presidente ».

Il Ministro, ch'è sempre l'illustre scienziato e l'emerito patriota, ha sollecitamente risposto:

« Ringrazio con Lei vivamente benemerita Società. Affezionatissimo, Guido Baccelli ».

***

Annunziamo ai lettori la pubblicazione di due periodici scientifici: il *Policlinico* e la *Clinica*; il primo diretto dai Professcri Baccelli e Durante; l'altro fondato dai Dottor Carmelo Abate di Catania.

Del *Policlinico* abbiamo già sotto gli occhi il primo ed il secondo numero, che sono la conferma delle previsioni fatte, contenendo pregevoli articoli originali del Pantanetti, di Ascoli, di Pagliari, del Durante, del No-

varo, del d'Antona, del Monari, e poche, ma auree parole del Professor Baccelli, che ne tracciano il programma.

Del 2° giornale « la *Clinica* » è arra di sicuro successo il nome del Direttore, il quale ha voluto fondare in Sicilia un giornale di Medicina, e per le malattie di *Naso*, *Gola* ed *Orecchio*, riparando così ad un vuoto lamentevole.

Auguriamo a questi nuovi periodici quella vita lunga e prospera che s'intravede già dalle prime aure di vita e dal loro programma.

***

Annunziammo pure con vivo compiacimento che il Prof. Vittorio Grazzi, libero docente nel R.° Istituto di Studi superiori in Firenze, in seguito a voto unanime dei Professori componenti la Facoltà Medica della R. Università di Pisa, riceveva da S. E. il Ministro della P. I. l'incarico per l'insegnamento della Oto-Rino-Laringologia in quella R. Università.

Noi, nel rallegrarci di tutto cuore con l'amico per il meritato onore, non sappiamo trattenerci dall'esprimere con quanta soddisfazione vediamo il posto che acquistano, e le radici che mettono queste importanti branche della Medicina, arra di sicuro avvenire e di incrollabile valore.

***

Attesa la proroga del Congresso e la nuova data stabilita per la sua riunione, il disposto degli articoli 1 e 11 è modificato come segue:

Art. 1.—Il decimoprimo Congresso Medico internazionale sarà inaugurato in Roma il 29 Marzo 1894 e chiuso il 5 aprile successivo.

Art. 11.—Le comunicazioni da farsi al Congresso devono essere annunciate non più tardi del 31 Gennaio 1894.

Di ogni comunicazione deve essere inviato, contemporaneamente all'annunzio, un brevissimo sunto e le conclusioni, che saranno stampate per cura della presidenza e distribuite ai Congressisti.

Le Comunicazioni annunciate dopo del 31 Agosto 1893 verranno controdistinte nel programma mediante un asterisco in margine.

Nel programma verranno pure inseriti i titoli di quelle comunicazioni precedentemente annunciate e il cui testo fosse stato reso di pubblica ragione sui giornali scientifici durante la proroga del Congresso.

Le Compagnie di trasporto hanno accordato che le speciali riduzioni concesse ai signori Congressisti e loro famiglie abbiano validità di durata dal 1. Marzo al 30 Aprile 1894.

Le carte di viaggio verranno spedite direttamente dalla Segreteria Generale a ciascuna persona che sia inscritta al Congresso, entro tutto il 15 Febbraio 1894.

Dopo quest'epoca, il servizio di spedizione fatto direttamente dalla Segreterie si limiterà allo interno.

Gli stranieri dovranno invece chiedere le carte di viaggio ai Comitati nazionali dirigendosi ai signori qui sotto indicati:

Austria, prof. Nothnagel, *Vienna*—**Belgio**, prof. Thiry, *Bruxelles* — **Bulgaria**, dr. Puscoullieff, *Sofia* — **Danimarca**, prof. C. Lange, *Kopenhaghen*—

Egitto, dr. Hassan Pacha Mahmoud, *Cairo*; dr. Onofrio Abbate Pacha, *Cairo*—**Francia**, dr. Baudoin, *Parigi*—**Germania**, prof. Posner, *Berlino*—**Gran Brettagna**, dr. G. H. Makins, *Londra*; dr. G. A. Gibson, *Edimburgo*; prof. Sir William Stokes, *Dublino*—**Lussemburgo**, dr. Paul Koch, *Lussemburgo*—**Malta**, dr. G. O. Galea, *La Valletta*—**Norvegia**, prof. S. Laache, *Christiania*—**Olanda**, prof. B. I. Stokvis, *Amsterdam*—**Polonia**, prof. Cybulski, *Cracovia*—**Portogallo**, prof. J. T. de Sousa, Martins, *Lisbona* — **Rumania**, dr. C. D. Severeanu, *Bucarest*—**Russia**, prof. V. Pachoutine, *S. Pietroburgo*—**Serbia**, dr. V. Subboticz, *Belgrado* — **Spagna**, prof. J. Callejo y Sanchez, *Madrid*; dr. A. Espina y Capo, *Madrid*—**Svezia**, prof. F. Holmgren, *Upsala*—**Svizzera**, prof. Th. Kocher, *Berna*; prof. D'Espine, *Ginevra* — **Turchia**, dr. van Millingen, *Costantinopoli*; dr. H. Perera, *Salonicco* — **Ungheria**, dr. L. Csatàry di Csatàr, *Budapest*—**Tunisi**, dr. G. Funaro, *Tunisi*.

È imminente la prima edizione del programma provvisorio; esso conterrà oltre alle notizie dettagliate sul Congresso, l'elenco delle comunicazioni annunciate a tutto il 15 Novembre 1893.

Si ritiene opportuno ricordare agli interessati i seguenti articoli del regolamento.

Art. 2.—Sono ammessi a prendere parte ai lavori del Congresso i Medici, che avendo sodddisfatto agli obblighi della iscrizione, abbiano ottenuto la tessera di riconoscimento.

Art. 3.—Le persone addottorate in altre scienze, che s'interessino per i loro studii speciali ai lavori del Congresso, potranno esservi inscritte coi medesimi doveri e diritti dei Congressisti laureati in medicina, compresa la facoltà di prendere parte attiva ai lavori, sia con comunicazioni, come partecipando alla discussione.

Art. 4. La quota di ammissione per i membri del Congresso resta fissata in lire *venticinque*: essa dà diritto ad una copia degli atti del Congresso, la quale sarà loro spedita subito avvenutane la pubblicazione.

Art. 17.—Le persone non contemplate nell'art. 3, che s'interessano ai lavori di qualche determinata sezione, possono venirvi ammesse per decisione della Presidenza del Congresso.

In tal caso esse saranno munite di tessera speciale e dovranno pagare una tassa d'ammissione pari a quella stabilita per i congressisti, con diritto ad una copia degli atti del Congresso.

Le persone ammesse al Congresso in virtù di queste disposizioni, non possono prendere la parola nè nelle sedute generali, nè in quelle delle sezioni alle quali non sono iscritte.

Art. 18.—Gli studenti in medicina potranno essere invitati od autorizzati dal presidente ad assistere alle sedute, ma come semplici uditori.

Essi dovranno essere muniti di una carta speciale di ammissione che potranno ottenere senza pagare tassa alcuna.

I Signori aderenti al Congresso potranno fare richiesta alla **Segreteria Generale**, in **Genova**, dei documenti di viaggio anche per le loro Signore e membri adulti delle loro famiglie, mediante il pagamento di una quota di lire *dieci* per persona.

Si rivolge speciale preghiera ai signori Medici ed a quelle persone che desiderano aderire al Congresso, di affrettarsi a rivolgerne domanda alla Segreteria Generale dell' XI Congresso Medico Internazionale in Genova.

Questo fascicolo è di 56 pagine invece che di 48, ond' è che il 2.° sarà di 40 invece che di 48.

LIBRI VENUTI IN DONO

SPINELLI dott. P. G. — Un caso di laparo-isterectomia sopravaginale per fibromiomi multipli con affondamento del peduncolo trattato secondo il Processo di ZWEIFEL. Napoli, 1893.

THORNER dott. M. — Intubation in an adult followedby a fatal cdema of the larynx after extraction of the tube. 1893.

VIGNERI dott. G. — Cenni critici sulla origine e durata della sifilide nell'uomo. Sue manifestazioni e cura. Lecce, 1893.

NATIER dott. M. — Des polypes de la cloison des fosses nasales. Paris, 1893.

DUNKAN BULKLEY dott. L. — Clinical notes on Chancre of the tonsil, with analysis of fifteen cases. New-York, 1893.

GRADENIGO prof. G. — Sopra un caso di poliartrite complicante una otite media acuta. Barcelona, 1893.

FALCONE dott. C. — La corteccia del cervelletto. Napoli, 1893.

MOLL — Traitement de la pachydermie diffuse des cordes vocales. Paris, 1893.

CARTAZ dott. A. — Dn traitement des abcès du sinus maxillaire. Paris, 1893.

DUCREY prof. A. — Quattro casi di rinoscleroma, Milano, 1893.

DELLA VEDOVA dott. T. — Intorno alla etiologia, diagnosi, prognosi e cura del carcinoma esofageo. Milano, 1893.

BOTEY dott. R. — Estudios clinicos sobre laringologia, otologia y rinologia su prática y ensenanza actual en Europa. Madrid, 1893.

LUC — Empyème latent du sinus frontal droit sans cause apparente — Traitement par l'ouverture de l'os frontal et le curettage du foyer. Guérison incompléte. Paris, 1893.

COZZOLINO prof. V. — La microcidina ed il cloruro di sodio per i processi microbici, massime piogeni dell'orecchio, del naso e della gola. Napoli, 1893.

D'AGUANNO dott. A. — Contribution à la statistique des sarcomes de la cloison des fosses nasales. Paris, 1893.

SCHMIDT prof. M. — Die seitlichen Divertikel der Nasenrachenraums. Berlin, 1893.

— Behandlung der Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand durch Electrolyse. Wiesbaden, 1893.

ABATE prof. C. — Contributo alla diagnosi delle laringiti gottose. Nap. 1893.

WURTZ et LERMOYEZ. — Le pouvoir bactericide du mucus nasal. Paris, 1893.

LERMOYEZ dott. M. — Note sur un cas de sarcome de l'amygdale. Paris, 1893.

La redazione ringrazia cordialmente i gentili donatori.

PARTE ORIGINALE

CASO DI SANGUISUGA IN TRACHEA

pel dott. DOMENICO RIDOLA

Nei piccoli centri, dove non sono specialisti, tutto lo svariato fardello d'ogni specialità (almeno per quanto riguarda i casi urgenti) si addossa agli omeri dei medici, che hanno la poca invidiabile ventura di passarvi la vita tribolata e grama. E se, quando l'indugio non nuoce, è lecito consultar libri e colleghi su di una diagnosi oscura, su di una cura da intraprendere o d'un processo operatorio da adottare, nei casi gravi ed urgenti bisogna esser pronto ad impegnar battaglia, su qualunque terreno, anche da solo, e spesso nelle condizioni più sfavorevoli. Se a mo' d'esempio in un lieto convito uno dei commensali, che più parla e ride e mangia in fretta, si leva di botto, cerca di metter le dita in gola e la faccia, or ora sorridente, si fa livida, esprimendo l'angoscia di una morte imminente per soffocazione, ed il chirurgo che gli è a fianco, non sapendo il fatto suo, indugia a servirsi delle dita o del ferro per rimuovere quello che occlude la laringe, avrà il biasimo meritato degli altri ed il proprio rimorso per non aver tentato in tempo di salvare l'amico.

Non v'è chi dubiti che l'argomento della penetrazione dei corpi estranei nelle vie aeree ci debba esser familiare, per far pronta ed esatta diagnosi e per le misure chirurgiche da usare, spesso senza por tempo in mezzo.

Che poi il laringoscopio saputo maneggiare possa rendere servigi assai preziosi per la diagnosi e la cura, è cosa ormai nota *lippis et tonsoribus* e viene, ancora una volta dimostrato dalla breve storia, che segue, e che vien pubblicata per arricchire la casuistica dei corpi viventi penetrati nelle vie del respiro.

Giovanni Chietera, contadino da Matera, di anni 59, nel 2 Agosto 1893 viene a consultarmi tossendo e sputando sangue di tratto in tratto, senza dispnea e con voce appena alterata. Afferma recisamente di avere in gola una sanguisuga e la sua convinzione gli viene dal fatto che già due anni prima gli era accaduto altrettanto, cioè dopo aver bevuto aveva provato la sensazione di corpo estraneo nelle fauci, aveva emesso sangue e la notte, starnutando forte, gli era riuscito di espeller qualche cosa che doveva essere una sanguisuga. In verità casi consimili di san-

guisughe nella dietrobocca quì non sono rarissimi e la narrazione suol essere la stessa, salvo però l'intervento chirurgico, come ho dovuto più volte praticare io stesso.

Narra che nove giorni fa, dopo aver bevuto da un vaso opaco acqua attinta a quell'istessa fonte di due anni prima, aveva provato in gola la molesta sensazione di un corpo estraneo in un punto che additava. Dopo due o tre ore incominciò a sputar sangue, senza difficoltà di respiro, con voce inalterata, salvo qualche volta quando gli pareva che il suo ospite mutasse posizione e tossiva volontariamente per tentare di espellerlo. Le poche sofferenze e la speranza che la guarigione potesse essere spontanea, come l'altra volta, lo fecero rimanere inerte per sei giorni, e fu al sesto, che interrogò un farmacista e poi due miei colleghi. Ma, riusciti inutili i gargarismi prescritti, per la lungheria delle cose e per una certa istintiva paura di soffocazione, per cui rifiutava il cibo, impensierito ed un po' sparuto era venuto da me. Non dubitai della diagnosi se non per la sede, ed esplorate le fauci con l'occhio e con le dita, non rinvenendo quivi l'anellide, giudicai che dovesse trovarsi nella trachea, non potendo pensarsi alla laringe perchè mancava l'afonia ed i segni di stenosi. Praticai l'esame laringoscopico, al quale l'infermo si prestava a meraviglia, e nelle profonde inspirazioni vidi la sanguisuga, come corpo nerastro, aderente ai primi anelli tracheali, sotto la corda vocale sinistra, e potetti mostrarla ai colleghi Dott. R. Sarra e V. Loschiavo ed allo studente in medicina R. Enselmi, che erano presenti. Inutili però riuscirono i tentativi d'estrazione con la pinzetta, fatti seduta stante e senza anestesia locale. Avevo la sensazione di afferrare qualche cosa che poi sfuggisse scivolando fra le branche dell'istrumento. Non volli tormentare ulteriormente l'infermo e rimisi la cosa all'indomani, prescrivendo un emetico. Infatti il giorno appresso, anche senza anestesia locale, mi riuscì non difficile afferrar meglio ed estrarre ancor viva una sanguisuga di media grandezza (*Haemopis vorax* - Moquin Tandon). Era rimasta in trachea 10 giorni, nè la sua presenza, nè le manovre d'estrazione produssero alcun disturbo locale.

Matera, Febbraio 1894.

BIBLIOGRAFIA

Oltre **Vidal**, Lacretelle, Marcacci, Clementi, Bird, Wrick, Verdini, Jardun, Dünlechner, hanno pubblicato osservazioni di questo genere:

Massei — Una sanguisuga nella laringe — Estrazione per le vie naturali (*Sperimentale*, Febbraio 1875).

Ramom de la Sota y Lastra — Sanguiuelas en las vias aéreas (*Rivista de Medicina y Cirurgia practicas*, Madrid, Ottobre 1885).

Idem — Sanguijuela adherida al nivel del cuarto anillo de la tràquea Barcellona 1891.

Aubert (d'Algeri) — Une sangsue dans un larynx (*Bulletins et mémoires de la Société de Laryngologie, d' Otologle et de Rhinologie*, Novembre 1891.

Masucci — Contributo alla casuistica dei corpi stranieri nella Laringe e nella Trachea (*Rassegna critica internazionale delle malattie del naso, gola ed orecchio*, Giugno 1892).

Ficano — Sanguisuga in trachea — Estrazione per le vie naturali (*Bollettino delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso*, Settembre 1892).

Nota della Redazione — Nel ringraziare il collega Ridola per l'interessante caso che si è degnato destinare al nostro giornale, non sappiamo trattenerci dall'ammirare la sobrietà con la quale ha voluto narrarlo. È la migliore risposta allo scalmanarsi di coloro, che, arrivati gli ultimi, dicono di essere stati i primi, e per citare loro stessi, dimenticano, troppo leggermente, coloro che li hanno preceduti, e spesso i loro stessi connazionali.

OSPEDALE INCURABILI

Reparto Chirurgico diretto dal Prof. G. CACCIOPPOLI

IGROMA SOTTO-IODEO SUPPURATO, CON ASFISSIA IMMINENTE

Nota clinica del Dott. L. GUIDA

Il giorno 20 dello scorso Ottobre, era ammesso nell' Ospedale Incurabili (Reparto del Prof. Caccioppoli) certo Francesco N., di anni 50, di Napoli.

Il Prof. Massei aveva visitato qualche ora prima l' infermo e, riscontrati fatti di così grave dispnea da metterne la vita in imminente pericolo, l'aveva diretto all' ospedale per l' immediato intervento operativo.

Lo stato dell' infermo era davvero disperato. L' ansia respiratoria, gli accessi di soffocazione, la respirazione tratto a tratto stertorosa, il volto cianotico, tutto imponeva una sola risorsa: la tracheotomia: e bisognava far presto, se non si volesse assistere alla morte del paziente. Tutto era pronto, quando sopraggiunse il Prof. Caccioppoli. Ad un esame rapido, per quanto lo permettevano le condizioni dell' infermo, egli riscontrò un tumore del volume d' una grossa mela che, occupando la metà sinistra della regione sottoioidea, oltrepassava la linea mediana; la laringe e la trachea erano spostate verso il lato destro: la cute che lo ricopriva, aveva colorito normale, ma era molto tesa, la consistenza ne era dura elastica, la superficie liscia, affatto regolare; non si lasciava spostare in alcun senso.

Quando era cominciato il tumore, come si era svolto, quali erano le condizioni endolaringee? Non se ne sapeva che poco. L' infermo non poteva parlare. Un esame laringoscopico era difficile, e il Prof. Massei, avea potuto constatare, a volo, che la laringe era spostata e compressa a destra sì, che le false corde, quasi a contatto, nulla lasciavano vedere della regione glottica. Evidentemente era il tumore del collo che minacciava di strozzare l' infermo. Le maggiori probabilità erano per un sarcoma, e tali erano i timori che il Prof. Massei avea espressi in una breve relazione, che accompagnava l' infermo: pure il Prof. Caccioppoli ne dubitò. A lui parve il tumore nettamente fluttuante, e che, svoltosi nello spazio tiro-ioideo, fosse giunto a spo-

stare la laringe a destra, e, occludendo lo spazio glottideo, fosse la causa della minacciante asfissia. Agli astanti egli dichiarò, che, pria di ricorrere alla tracheotomia, avrebbe inciso il tumore nella speranza che la incisione fosse stata sufficiente a far dileguare i gravi disturbi respiratori. Taluno notò che se il tumore avesse avuto ricca vascolarizzazione, essendo un sarcoma, la incisione avrebbe creato serie difficoltà per la esecuzione della tracheotomia. L' osservazione non sembrò però tale da far rinunziare a questo primo atto operativo. La puntura esploratrice fu scartata, dappoichè per la sospettata densità del contenuto del tumore non avrebbe al certo fornito alcun elemento diagnostico. mentre il caso richiedeva che si fosse agito urgentemente.

Il Prof. Cacciopp oli incise largamente il tumore, e dalla incisione venne fuori pus spesso. densissimo, della quantità di circa 150 grammi. La fuoruscita del pus fu seguita eome per incanto dalla scomparsa dell' asfissia e dei disturbi respiratori. Il dito introdotto nella ferita confermò la diagnosi. Il tumore si era svolto nello spazio io-tiroideo, allontanando l'osso iode in alto, la cartilagine tiroide in basso, e spostando a destra laringe e trachea. Escissa buona parte della parete cistica, la cavità fu zaffata con garza al iodoformio.

In pochi giorni s' ebbe guarigione completa.

Dall' infermo poi si seppe che la tumefazione rimontava a parecchi anni. Un rapido aumento s' era avuto da poco tempo, e da pochi giorni s' erano manifestati i disturbi respiratori, la cui gravezza era giunta fino a ridurre l' infermo nelle condizioni descritte innanzi.

A questa breve storia non faremo seguire lunghe considerazioni. Ci è sembrata un documento clinico di molto valore pratico, e l'abbiamo reso di pubblica ragione. Certo il caso non è frequente. Il volume del tumore ed i disturbi apparsi così tumultuariamente, sono fatti che si riscontrano assai raramente. La diagnosi d'una cisti e la incisione fatta prima di ricorrere alla tracheotomia, risparmiarono tutte le conseguenze d' una grave operazione. Ecco un corollario che il chirurgo deve tener presente in circostanze simili. È fuori dubbio che se l'infermo avesse potuto fornire dati anamnestici precisi, una diagnosi sarebbe stata più agevole.

E la natura del tumore?

Allo stato fisiologico il laringe ha movimento continuo di elevazione e di abbassamento, donde la formazione tra l'osso iode e la cartilagine tiroide di una cavità sierosa, limitata in avanti dal muscolo tiro-iodeo, l'aponevrosi cervicale e la pelle, indietro dalla membrana tiro-ioidea: la borsa sierosa del Boyer (Tillaux). Questa borsa è talvolta separata da un setto in due cavità (Albert).

La cavità cistica riscontrata nel nostro infermo deve mettersi sul conto di una infiammazione cronica della anzidetta borsa del Boyer, colta di poi da un processo suppurativo? E il modo di svolgersi della

tumefazione a sinistra, anzichè colla linea mediana — come accade d'ordinario — conferma l'esistenza di quel tale setto mediano, che divide alle volte in due cavità la borsa del Boyer? Se così è, il caso riferito andrebbe interpretato come un igroma della metà sinistra della borsa sierosa sotto-iodea, che crescendo lentamente aveva spostato l' osso ioide in alto, la laringe a destra, e che poi essendosi svolto in esso un processo suppurativo, l' igroma, cresciuto rapidamente di volume, aveva determinato i gravi disturbi respiratorii. Parlando però di un igroma sotto-tiroideo suppurato, non può dimenticarsi, come oggi paia dimostrato, che le cisti tiro-ioidee non devono considerarsi più come igromi della borsa sierosa sotto-tiroidea, essendo che nei casi, in cui si è fatto l' esame istologico della parete, questa si è riscontrata ora mucoide, ora dermoide, ciò che varrebbe a spiegare la persistenza delle fistole che seguono alla semplice incisione. Si tratterebbe — secondo A. Broca — di cisti bronchiali da attribuirsi probabilmente ad una obliterazione imperfetta della invaginazione tiroidea media, donde deriva la piramide di Lallaouette.

Napoli, Febbraio 1894.

CLINICA CHIRURGICA DI BOLOGNA, DIRETTA DAL PROF. NOVARO

CONTRIBUTO ALLA LARINGECTOMIA PER CARCINOMA

Osservazioni intorno a casi clinici raccolti dal

Dott. ANTONIO LEONARDI
Assistente volontario

Sono trascorsi vent' anni, da che il Billroth, in seguito alle antecedenti esperienze dello Czerny sul cane, eseguiva la prima laringectomia sull' uomo per carcinoma. In questo periodo di tempo, in cui le più ardue e inaudite operazioni hanno avuto inizio ed incremento, la laringectomia, che pur segna un grande acquisto, non ha progredito tanto nell' opinione dei chirurghi, da trovarli tutti concordi, e ancora oggigiorno rimane un atto operativo discusso, per non dire da taluni contravverso. E v' ha perfino chi arriva ancora a collocare la laringectomia fra quelle operazioni (oggi ben rare) di cui lo Stromayer dice « che l'umanità nulla perde se si tralasciano, e da cui la chirurgia non ricava alcun onore. » Il Tauber (1) per esempio, autore di una recente statistica ricca di 163 casi, è fra questi: mentre il Voskerensky (2), compilatore anch' egli di una statistica di 130 casi di laringectomia, trova *questa affatto giustificata, poichè può portare la guarigione definitiva.*

Per renderci ragione di questo dissenso, sarà bene interrogare senza preconcetti la statistica, questo scandaglio con cui si saggia la più o meno possibile attuazione di una operazione, e consultarla specialmente sul fattore principale della mortalità recente alla laringectomia.

Adunque secondo Wassermann (3) (140 casi) la mortalità dopo sei settimane dall'operazione è del 43,8 %: Secondo Maydl (4) (92 casi) dopo un mese del 40 %: secondo Tauber (5) (163 casi) del 41 %: secondo Pinçonnat (6) (171 casi) entro i primi tre mesi, del 40 %.

Come si vede vi é grande accordo fra queste statistiche, che sono le più recenti e le più complete, nella percentuale della mortalità, la quale non può a meno di recare una dolorosa impressione, specie pei

---

(1) Ueber die Kehlkopfextirpation (Archiv. f. klin. Chirurgie Bd. 41).
(2) St. Pertersburg Inaugural Dissertation (1890 n. 43).
(3) Ueber die Extirpation des Larynx — Deuts. Zeitschr f. Chirurgie Bd.: 29.
(4) Die Prognose bei der Kehlkopfextirpation—Inter. klin. Rundschau—N. 4 e 5.
(5) Loc. cit.
(6) Centralblatt f. Chirurgie 1890.

tempi che corrono, in cui si è avvezzi assistere ad operazioni di gran lunga più gravi con risultati tanto diversi.

Le operazioni, ad esempio, che si praticano sugli organi genitali interni della donna, sul tubo gastro-enterico, nella cavità craniense ecc., non possono neppure lontanamente competere il triste primato alla laringectomia; ma convien subito notare che chi volesse con esse istituire dei paragoni, mal si apporrebbe, poichè mentre quelle videro la mortalità scendere come per incanto a cifre minime dalla semplice adozione delle pratiche antisettiche, la laringectomia è operazione che solo in piccola parte ne ha usufruito, e solo per quel tanto che era possibile, date le speciali condizioni del campo di azione.

Certo non si può disconoscere che anche qui la introduzione delle pratiche antisettiche non abbia sortito qualche beneficio: il miglior trattamento della ferita, evitandone l'infezione, ha soppresso i pericoli della consecutiva peritracheite e mediastinite; mentre la semplice adozione del tampone al iodoformio, se dobbiamo credere al W a s s e r m a n n (1) ha fatto discendere la mortalità immediata dal 60 al 35 %. e secondo T a u b e r dal 48 al 38 % (2). Se ad onta di questi vantaggi la mortalità persiste tuttora alta, non è neppure da incolpare la tecnica operativa: questa infatti, in confronto alle dianzi citate operazioni, è relativamente facile e si può dire non suscettibile di ulteriori perfezionamenti.

La ragione della grande mortalità si scopre riguardando le condizioni in cui si trova la ferita del paziente dopo l'asportazione della laringe: abbiamo una larga breccia in comunicazione in alto colla faringe, e in basso nel punto più declive, coll'apertura tracheale: il secreto della bocca, materiale tutt' altro che asettico e facilmente soggetto a decomposizione, trova una facile via per discendere nell'albero respiratorio (terreno antecedentemente preparato), e cagionarvi la pneumonite *ab ingestis* (*Schlukpneumonie*).

Questa è la causa precipua dell'alta mortalità, specie nei primi giorni dopo l'operazione: e dalla statistica apprendiamo che mentre l'emorragia secondaria, la setticemia, l'asfissia, il collasso, l'embolismo polmonare ecc., sono rappresentate da cifre bassissime, la sola pneumonite cagiona più morti che tutte le altre cause messe insieme (3).

(1) Loc. cit.

(2) Loc. cit.

(3) V. la statistica del V o s k e r e n s k y: nei casi seguiti da morte, questa fu occasionata 32 volte da pneumonite, 1 da bronchite purulenta, 3 da edema polmonare, 1 da embolismo polmonare, 2 da pleuropericardite, 3 da emorragia secondaria, 2 da setticemia, 6 da collasso, 4 da asfissia ecc. (Rif. Med. 1891).

Sopra 44 morti dei 101 operati di laringectomia, raccolti dal S a l o m o n i, 23 morirono di forme polmonari: e dei 69 di P i n ç o n n a t, 39 perirono di polmonite.

Ed è appunto sull'elevata *percentuale della mortalità* recente all'operazione; alla possibile e non lontana *recidiva* del neoplasma, e inoltre sulla fidanza di altri *presidii terapeutici*, che gli avversarii della laringectomia si fondano.

Li combatteremo in questi tre capisaldi partitamente:

1.° *Mortalità* — Senza voler disconoscere i risultati delle statistiche accennate, è lecito fare una osservazione. Queste ampie statistiche, che compaiono ad intervallo di qualche anno l'una dall'altra, comprendono sempre quei 150 o 180 casi noti, a cominciare dalle prime laringectomie per finire colle ultime, e tutte le mettono in un fascio: così la percentuale delle morti si vede diminuire insensibilmente.

Ma di fronte a queste grandi statistiche, ve ne sono delle piccole, di singoli operatori, le quali sebbene abbraccino un limitato numero di casi, non pertanto non son prive di valore, specie perchè si fondano su di osservazioni recenti.

Se ci facciamo a riguardare i casi operati dal prof. N o v a r o, troviamo 1 morto sopra 10 (10 %) (1); dal K o c h e r di Berna (2) su 12 casi 1 morto (8, 3 %): da E. H a h n sopra 6, un morto (3).

La differenza che presentano queste piccole statistiche in confronto alle precedenti, è assai sensibile : ma quand' anche esistesse in minor grado questa disparità, che potrebbe far risaltare solo la perizia di pochi eletti operatori, l'elevata mortalità non sarebbe argomento efficace per gli avversarii, perchè essi non saprebbero evitarla altrimenti.

2.° *La recidiva* — Questa davvero è la sorte spesso riservata al paziente; ma il sapere che essa non si può scongiurare con nessun' altra operazione, e che del resto può sopravvenire dopo un lasso di tempo così lungo da raggiungere degli anni, è ragione sufficiente per un intervento radicale. Sono noti a tutti i casi di guarigione permanente e quelli di lunga sopravvivenza all'operazione. E per tralasciare i troppo noti casi del B o t t i n i e del C a s e l l i (operazioni per sarcomi) si potrebbe citare il 4° operato del prof. N o v a r o, che viveva tuttora dopo quattro anni; quello del C a p o n o t t o dopo 5 anni (4); uno dell' H a h n, che visse nove anni senza recidiva e morì a 78 anni: ed altri

(1) Morto un mese dopo l'operazione per una disattenzione di un inserviente, (N o v a r o — Presentazione di un operato di emilaringectomia per epitelioma all'Acc. dei Fisiocritici di Siena).

A questa morte se ne deve aggiungere un' altra sopravvenuta in principio della cloronarcosi, prima cioè che l'operazione incominciasse; quindi a stretto rigore va piuttosto messa fra il numero degli accidenti sventuratamente ancora inerenti al cloroformio, piuttosto che a carico della laringectomia.

(2) L a n z — Arch. f. Klin. Chirurgie 1892, Bd. XLIV.

(3) Berl. Med. Gesellschaft, 1891. (Ultime sei laringectomie, dal 1888 al 1891).

(4) C a p o n o t t o — Riforma med. 1892, vol. II.

casi si potrebbero riferire di operati da Bergmann, Schede, Thiersch, von Winivarter, Gussenbauer ecc., i quali vissero oltre 3 anni senza recidiva.

3.° *Altri trattamenti terapeutici* — Ammesso che nessuno voglia abbandonare senza alcun intervento il paziente al suo fato, poichè ciò sarebbe davvero inumano, non so se vi sia ormai più alcuno che possa con fondamento sostenere la *laringotomia*, come mezzo curativo pel carcinoma.

Dalla statistica del von Brüns (1) apprendiamo che su 18 casi, 5 volte l'operazione fu talmente difficile che non fu potuta condurre a buon termine, e che essa non è che un'operazione palliativa. Si cita, è vero, un caso del Billroth, in cui l'ammalato sopravvisse alla laringotomia ancora 2 anni e 9 mesi; ed uno del Boeckel, che visse ancora 7 anni. Ma con tutto il rispetto a questi insigni, si potrebbero levare dei dubbi sull'esattezza della diagnosi anatomo-patologica del tumore: del resto, condonati anche questi due casi, la recidiva fu costante e rapida dopo la laringofissura. Perchè dessa potesse avere un risultato curativo converrebbe che « fosse precoce, che precorresse le infiltrazioni diffuse, che fosse diretta contro tumori circoscritti, e che realizzasse l'ablazione totale del tumore (2) ». Che è quanto dire l'impossibile: poichè se vediamo la recidiva così frequente dopo l'estirpazione dell'organo *in toto*, è facile capire che cosa avverrà lasciando questo in sito, ed estirpando il solo tumore benchè limitato. La laringotomia non potrà essere che un mezzo per accertare una diagnosi ambigua, stabilita la quale nella peggiore delle eventualità, non rimarrà che un primo tempo, senza nocumento del paziente, alla successiva laringectomia: come avvenne appunto nel VI caso del prof. Novaro (3).

Ma fra gli interventi, quello che gode maggiore simpatia presso gli avversarii della laringectomia, è certo la *tracheotomia*, mercè della quale si potrebbe protrarre la vita, o meglio l'agonia del paziente, di qualche mese ancora, e forse per qualche anno. Fauvel dà un prolungamento di vita di meno che 9 mesi per l'encefaloide, di due anni circa per l'epitelioma: ma a patto di quali sofferenze? A tal proposito cade in acconcio citare le parole che il compianto Dott. Chiarella (4) scriveva sei anni fa, le quali non sono meno vere oggi, e che per efficacia e per esattezza non saprei sostituire con mie. « Che vita menano gl'individui che hanno la fortuna di capitare sotto la cura di sì prudenti Chirurghi, tutti lo abbiamo potuto constatare. Abbiamo potuto

(1) Von Brüns — Die Laringotomie.

(2) Forgue et Reclus — Therapeutique Chirurgicale. T. 2° pag. 450.

(3) Chiarella — Considerazioni sopra un nuovo caso di estirpazione totale della laringe — Arch. it. di Laringologia, anno 7°. fasc. 4.

(4) Chiarella — Loc. cit.

vedere la tortura che procura la coscienza d'avere una malattia che va fatalmente progredendo, sappiamo la terribile minaccia che sempre loro sovrasta d' una morte per asfissia che può insorgere per svariate cause da un momento all' altro, sappiamo che un giorno, non lontano, si dovranno nutrire con una sonda esofagea, e quando questa più non potrà passare, si praticherà magari la fistola gastrica, come ingenuamente suggerisce lo Schwartz, sempre in omaggio al trattamento palliativo! Oh! bei risultati davvero, quelli di questo trattamento! ...... D' altronde non bisogna poi credere che la semplice tracheotomia, tuttochè operazione meno grave della laringectomia, non abbia pur essa i suoi disastri immediati: se diamo uno sguardo alla raccolta, invero non troppo ricca dello Schwartz, vediamo come i disastri non manchino dopo l' operazione, potendosi valutare al 26 % circa la morte dei tracheotomizzati, nelle prime settimane dopo l' operazione ».

Adunque se la tracheotomia non è che un mezzo palliativo, poichè non rappresenta che una sosta nell' incedere inesorabile del male; se dessa non è scevra di pericoli, e ci preclude l' unica via alla guarigione, perchè attenerci ad essa? La laringectomia invece è la sola che ci dia speranza di una guarigione talora radicale: il malato stesso, pieno di questa speranza, si sente confortato, e il chirurgo ha la coscienza di aver fatto tutto quanto gli era possibile. Certo che pel buon risultato influirà molto se l' operazione è fatta precocemente (onde, come sempre, ha somma importanza il porre per tempo la diagnosi esatta), e se il chirurgo si atterrà scrupolosamente a date cautele. Fra queste per taluni sarebbe anche la *tracheotomia preventiva*, già eseguita con buon esito fin dallo Czerny ne' suoi esperimenti sui cani, e di poi praticata anche sull' uomo quasi di regola, ed ora assai di meno.

Il Wassermann la ritiene tuttora utile: il Kocher la esegue sempre, eccetto nei malati robusti, in cui la compie immediatamente prima della laringectomia: il Novaro pure la eseguiva sempre ne' suoi primi malati, ma ora la fa solamente in dati casi. I criterii pei quali si vuole sia fatta sono di varia indole: vuoi per mitigare il catarro bronchiale da cui in generale sono affetti gli ammalati, rendendo più facile il respiro e l' espettorazione; vuoi per fissare la trachea alla pelle ed impedirle di retrarsi quando viene staccata dalla laringe (1): infine per giovare allo stato generale del paziente provvedendo alla miglior nutrizione ed ossigenazione del sangue.

Altri eseguono la tracheotomia immediatamenie prima della laringectomia per servirsi della cannula Trendelenburg, o della *cannula spugna di* Kocher, le quali impediscono la penetrazione del sangue nella trachea (2).

---

(1) Novaro — Dell' estirpazione della laringe — Tesi di aggregazione 1880.
(2) Caponotto — La Clinica chirurgica — N. 11 - 1893.

Però tutte queste indicazioni per la tracheotomia preventiva vediamo essere superflue, perchè gli stessi vantaggi che ad essa sono attribuiti, li consegue la stessa laringectomia, e per di più senza perdere un tempo prezioso pel malato. Alla tracheotomia fatta immediatamente prima, si può supplire benissimo colla posizione del Rose-Maas.

Tuttavia si può concludere che ognuno la esegue a seconda dei criterii speciali che lo guidano, e a seconda dei vantaggi ricavati per lo passato: mentre gli sarà imposta in casi di urgenza per impedire la morte per soffocazione. Ma le maggiori cautele del chirurgo dovranno essere quelle che sono rivolte a combattere, o meglio ad eliminare la causa principale della morte, cioè la pneumonite.

Oltre alla accennata posizione del Rose-Maas, dobbiamo mettere in prima la chiusura della faringe mediante sutura, con che si ottiene l' esclusione di questa cavità dalla ferita sottostante, e quindi l' interruzione per le vie aeree centrali. Avuto in considerazione che i maggiori danni ci vengono dalla comunicazione della faringe colla ferita, è razionale il pensare all' esclusione di detta cavità, molto più che l'attuazione non è spesso difficile, e può non pregiudicare la funzione vocale avvenire. Ed è stato anzi a proposito del ritorno di una voce alta e sonora (pseudo-voce) in un operato di laringectomia, non ostante la completa chiusura delle vie aeree verso la faringe, che lo Schmid (1) propose di chiudere stabilmente quest' ultima, visto che tornava inutile un apparecchio fonetico artificiale.

Questo trattamento è stato adottato in parecchi casi dal Prof. Novaro, e ultimamente anche il Poppert (2), si dimostra fautore della proposta dello Schmid, la quale ha messo in attuazione in un suo operato (3).

Già anche il Bardenheuer (4) aveva interrotta la congiunzione fra la ferita e la faringe, ma in via provvisoria: e mentre prima su cinque operati col trattamento comune aveva avuto quattro insuccessi

(1) Vergl. Archiv, f. Klin. Chirurgie. Bd. 38, p. 132.

(2) Deut. Med. Woch. N. 35. 1893. Zur Frage der totalen Kehlkopfextirpation.

(3) Anche il Ruggi fin dal 1882 aveva cercato in un suo operato di laringectomia di impedire la comunicazione fra trachea e faringe « stirando in alto la porzione di esofago che aveva dissecato e fissandolo ai lati con punti di sutura intercisa». Quindi aveva chiuso per quanto era possibile la ferita alla parte anteriore del collo, e della grande apertura fatta non aveva lasciato aperto che quel tanto che era necessario per mettere nell' esofago una sonda. — Sebbene questa non sia la sutura completa della faringe come vuole lo Schmid, tuttavia il Ruggi aveva raggiunto lo scopo di interrompere la comunicazione fra faringe e trachea.

V. Archivii Ital. di Laringologia 1882 - Lettera al Prof. Massei.

(4) Vorschläge — Zur Kehlkopfexstirpation — Arch. f. Chirurgie Bd. 41.

per complicazioni pulmonari, dopo la chiusura della faringe ebbe quattro consecutive guarigioni. Egli però dopo che gli parevano allontanati i pericoli della pneumonite, toglieva i punti di sutura (in 14ª giornata) e ristabiliva la comunicazione per poter applicare una laringe artificiale.

Il Lane (1) pure in un caso suturò la mucosa faringea posteriore all'osso ioide, sempre per evitare la penetrazione di sostanze estranee nelle vie aeree, e perchè stante la gravità del caso, non credeva di doversi occupare della voce. Certo che la stabile chiusura della faringe è una grande garanzia per la vita del paziente, e per di più toglie al malato il non lieve disturbo delle frequenti medicazioni e della sonda esofagea, e dovrebbe senz'altro riscuotere le generali approvazioni qualora per l'avvenire avesse a verificarsi il ritorno di una nuova voce; che se poi ci dovesse preoccupare la possibile perdita della funzione vocale, e questa premesse quanto la vita (il che ben di raro avviene), allora potremmo attenerci alla sutura temporanea, come fa il Bardenheuer, o senz'altro al procedimento più comunemente usato fin qui, cioè senza sutura alcuna della faringe. Ed allora il chirurgo conviene che si premunisca di altre cautele postoperative di grande momento; quali l'applicazione del tampone di garza asettica, la posizione (secondo taluni) del malato col capo penzoloni, come raccomanda il Thiersch (cosa però mal tollerata dal paziente e non del tutto scevra di pericoli nell'età avanzata (2)), e infine la frequentissima rinnovazione della medicatura; ed è a questa, che si esegue ogni due o tre ore nei primi giorni e di poi ogni quattro o cinque, se il Prof. Novaro può annoverare una delle più belle statistiche che si conoscono.

Ubbedendo adunque a qualcuna di queste cautele atte a combattere la pneumonite (in principal modo alla sutura della faringe e alla frequente medicatura) si vedrà l'alta mortalità della laringectomia diminuire grandemente, e così le ultime avversioni contro questa operazione cadranno di per sè, con vantaggio della umanità sofferente.

Ma ormai è tempo di non indugiare più oltre e di venire alla narrazione singola dei casi clinici.

I. Caso — *Resezione della laringe e della trachea e tiroidectomia per cilindroma carcinomatode.*

Celsa Sp. Giov. di Milano, d'anni 40, attendente a lavori domestici, ha la madre e una sorella che godono buona salute: il padre le morì, in ancor verde età, di polmonite acuta.

Dei cinque figli avuti da matrimonio con un uomo di robusta costituzione, quattro crescono sanamente: un quinto le morì ancora infante

---

(1) Riforma med. 1891 — dal British Medical Journal (Aprile 1891).

(2) Novaro — Loc. cit.

di infiammazione intestinale. Per lo passato non sa di avere avuto malattia alcuna. Circa sette anni or sono cominciò ad avvertire un senso di angustia nel respiro, specie quando saliva scale o camminava in fretta. Per quattro anni non diede soverchio peso a tale disturbo, che però si fece più molesto nei tre susseguenti, essendo la respirazione divenuta più difficile e la voce alquanto ròca. Talchè nel Febbraio 1892 ricorse ad uno specialista della sua città, il quale ai 17 dello stesso mese le asportava per la via endolaringea un tumore che poteva essere grosso quanto una nocciuola.

La respirazione divenne così più facile, ma per breve tempo, tanto che al 20 del successivo Marzo dovette di nuovo sottostare ad un secondo atto operatorio, mediante il quale le fu asportato un tumoretto del volume di poco più di un chicco di granturco. Il miglioramento che ritrasse da questa nuova operazione fu ancora lieve, e non andò guari che i fenomeni dispnea, tosse, affiochimento di voce, non accompagnati per altro da dolore, andarono a grado a grado accentuandosi. — Rifiutandosi allora il laringologo di sottoporla a nuove operazioni, perchè aveva riconosciuta l'indole maligna del tumore, e d'altra parte urgendo alla malata di uscire delle sue sofferenze, ricorse verso la metà di Maggio ad altro luogo di cura. Quivi però, frapponendosi all'operazione più tempo di quello che a parere della paziente, potessero comportare le sue condizioni di salute, se ne tornò a casa sui primi di Luglio. Da allora la tosse, accompagnata da escreato catarrale, la tormenta più che mai, e le vieta di prendere sonno di notte; negli ultimi otto giorni ha avuto tre accessi di dispnea così violenti, che credeva di soffocare di minuto in minuto: per cui si decise di ricorrere in questa Clinica, dove fu accolta il giorno 10 ottobre 1892.

La paziente ha sempre deglutito bene: in questi ultimi mesi è assai dimagrita. Non ha precedenti celtici: le mestruazioni mantenutesi sempre regolari sotto ogni rapporto, sono scomparse da due mesi (a datare dal momento dell' ingresso in Clinica); ciò ch' ella attribuisce a gravidanza.

Stato presente — L' ammalata presentasi assai deperita, di colorito pallido, di aspetto angosciato. Scheletro regolare, pannicolo adiposo quasi scomparso, masse muscolari atrofiche. La respirazione è frequente: negli atti inspiratorii, accompagnati da uno speciale stridore, si vedono tendersi gli sterno-cleido-mastoidei; deprimersi la fossa giugulare ed epigastrica. La voce è velata: le parole interrotte dal frequente prender fiato. Alla palpazione, la pelle della regione anteriore e mediana del collo è sollevabile in pliche: la porzione inferiore della laringe e superiore della trachea si sentono ingrossate e dilatate: la metà destra più sporgente della sinistra: non si riesce a delimitare il margine inferiore della cartilagine cricoidea.

All' esame laringoscopico (praticato da uno specialista) si riscontra

una intumescenza sulla cartilagine cricoidea che si prolunga fino sulla trachea, nella parete laterale di sinistra. Di fronte a questa, nella parete opposta si avanza un'altra tumefazione, irregolare, che circoscrive insieme alla prima. una fessura stretta. Apparecchio circolatorio e respiratorio centrale, visceri addominali e normali, urine fisiologiche. Si pone la diagnosi di tumori, e precisamente di carcinoma, dati i caratteri dell'affezione, specie la rapida recidiva o meglio ripullulazione; ed il prof. Novaro si dispone senz'altro ad asportarlo il giorno 11 ottobre 1892.

Previa cloronarcosi ed iniezione di un centigramma di morfina, posta la paziente nella posizione del Rose-Maas, il professore pratica una incisione mediana longitudinale, che va dall' osso ioide fino a un dito trasverso sotto la fossa del giugolo.

Messo così allo scoperto il canale laringo-tracheale, provvede all'emostasi del plesso venoso tiroideo fra doppia allacciatura. Recide i muscoli sterno-tiroidei, e sterno-ioidei: allaccia le arterie tiroidee superiore ed inferiore di destra ed asporta il corrispondente lobo della glandola tiroide.

Ma constatato che il tumore abbraccia la trachea, allaccia anche le arterie tiroidee di questa; divide la membrana crico-tiroidea e il muscolo costrittore inferiore della faringe ed isola la trachea (staccandola dalla faccia anteriore dell' esofago) dalla sua origine fino a livello della fossa del giugolo. In questo punto la recide con incisione a becco di flauto col vertice sulla parete posteriore: così asporta gli organi invasi dal tumore.

Fissa poi con punti di seta la parete anteriore del moncone della trachea colla pelle, mentre la parete posteriore, la sutura con la parete posteriore della laringe rimasta. Pone la cannula in trachea e sutura con pochi punti staccati la ferita della pelle in alto e in basso, e per quel tanto che permetta il passaggio di uno zaffo di garza asettica che circonda la cannula.

L'ammalata è quindi adagiata nel suo letto, in posizione semiseduta.

Esame macro e microscopico del pezzo.

Questo comprende la cartilagine cricoide, i corni inferiori della cartilagine tiroide, i primi otto anelli della trachea, e il lobo sinistro della tiroide, poichè il destro è stato asportato separatamente, come s' è detto.

Il tratto di trachea asportato ha subito una specie di curvatura con convessità rivolta a destra, dovuta al fatto che la parete laterale sinistra, che trovasi addossata all'opposta, ha spinto questa all'infuori.

Spaccato il pezzo longitudinalmente e posteriormente (1), si vedono e si sentono le pareti della trachea e della cartilagine cricoidea notevol-

(1) V. Tav. I^a, Fig. 1.

mente inspessite, e di aumentata consistenza; evidentemente per la presenza di un neoplasma. Questo invade anche l'interno sotto forma di una intumescenza di conformazione irregolare, disposta lungo la trachea: di superficie ineguale, ma non ulcerata, che arriva in alto a livello del margine inferiore della cartilagine cricoidea, e in basso fino in corrispondenza del 6° anello tracheale. Detta intumescenza, invadendo per tre quarti la trachea, ne riduce il lume ad una rima oblunga nel piano antero-posteriore: il resto della mucosa libero è fortemente arrossato.

I lobi della tiroide sono di conformazione e colorito normali; di consistenza aumentata; di volume alquanto più grosso della regola: altrettanto dicasi dell' istmo. Il lobo sinistro è fittamente adeso al tessuto connettivo, che l'unisce alla trachea, il quale è notevolmente ispessito.

Escisi in varii punti pezzetti di trachea e di laringe, e d' ambo i lobi della tiroide, sono messi ad indurire in alcool assoluto, ed inclusi in celloidina. Nelle numerosissime sezioni che ho colorito con ematossilina ed eosina, e con picrocarminio, ho costantemente rilevata la presenza di un neoplasma epiteliale. Si vedono numerosi nidi di cellule di epitelio piatto, alcuni stipati di questi elementi, ma la maggior parte bucherellati da spazii rotondeggianti di varia grandezza (1). In questi spazii si trova una sostanza omogenea, ialina, che caccia per la sua presenza, di lato le cellule epiteliali dei nidi cancerigni, per modo che queste si vedono allineate in sottili cordoni, e danno l'aspetto di una rete trabecolare (2).

Entrambi i lobi della tiroide sono invasi nella superficie che rimane a contatto colla trachea, e lo sono per circa un terzo di tutto il loro spessore.

La conformazione di questo tumore, per analogia coi neoplasmi connettivali detti cilindromi sarcomatodi, è quella descritta col nome di *cilindroma carcinomatode.*

Il decorso postoperativo è stato buono, apirettico, mercè la medicatura frequentemente rinnovata in principio.

Unico inconveniente verificatosi è stato che i punti di sutura che tenevano unite le pareti posteriori della laringe e della trachea, lasciarono la presa in 6ª giornata, per cui i due monconi si allontanarono fra di loro.

Tranne un qualche accesso di tosse, accompagnato da escreato catarrale, la paziente s'è liberata da' suoi disturbi: e sarebbe senz' altro stata licenziata dalla Clinica, se bottoni di granulazioni troppo lussureggianti, sorti sui margini della ferita, non avessero dato a sospettare la recidiva. Motivo per cui, 49 giorni dopo l' operazione furono dal Prof. Novaro cruentati i margini della ferita ed esciso il tessuto

(1) V. Tav. 1, Fig. 2.

(2) V. Tav. 1, Fig. 3.

tuto osservare cellule di grasso e corpi jalini, simili a quelli del rinoscleroma, come ha asserito Stepanow. L'autore finisce questo studio, dicendosi convinto che in simili casi si abbia a fare non con un tessuto edematoso, sebbene colle conseguenze di una flogosi cronica della mucosa nasale.

DAMIENO.

OERTEL — *Sull'importanza delle pseudomembrane difteriche in riguardo alla terapia.* (*Ueber die Bedeutung der diphtherischen Membranen in Bezug auf die Therapie*).

L' A. incomincia per far rilevare, che se nei febbricitanti difterici si osserva, fin dall'inizio, lo sviluppo delle pseudomembrane sulle tonsille e sulla mucosa faringea, si riesce agevolmente a distinguere due modi di produzione delle medesime:

1) In alcuni casi, già fin dall'inizio della malattia appariscono—sulla mucosa più o meno arrossita delle tonsille, più di rado sulle altre parti della mucosa faringea—piccoli depositi, grossi quanto una capocchia di spillo, grigiastri o giallastri, ai quali si associano, in breve tempo, delicate membrane. Queste produzioni in primo tempo sono ben delimitate dalle parti circostanti. Indi, gradatamente si estendono, confluiscono, ed in 1-2 giorni tutta la tonsilla, o qualche altra parte della faringe apparisce coverta da una membrana spessa, giallastra, biancastra o grigio-sporca. Indi, per la penetrazione del virus, che si produce incessantemente sulla superficie, vengono attaccati dal processo anche i tessuti più profondi.

2) In un'altra serie di casi si constatano, ma non in primo tempo, sulla mucosa delle tonsille, o sulle limitrofe parti, piccoli depositi grossi quanto una capocchia di spillo ad una lenticchia, biancastri, grigiastri o giallastri. Però, un'ampia zona della mucosa è allora già attaccata dal processo, ed apparisce di un color rosso-scuro, tumefatta, ovvero più o meno edematosa. Sopratutto l'ugola è allora più, o meno fortemente ingrossata e di una trasparenza gelatinosa. Dopo poche ore, nella profondità della mucosa orale e faringea appariscono leggieri intorbidamenti grigiastri, che si sparpagliano, senza esatta delimitazione, nelle parti circostanti edematose, giallastre. Tutta la superficie della mucosa rimane liscia e splendente; nè si scorge traccia di depositi o scollamento dell' epitelio. Gl' intorbidamenti in profondità aumentano rapidamente, e guadagnano sempre più in estensione e spessezza. Indi, la mucosa incomincia a divenire sempre più opaca, e non è più possibile di riconoscere gli strati superiori, perchè anche l'epitelio prende un colore grigiastro. Anche durante questo stadio, spesso accade che neppure colla lente si riesce a scorgere che questi punti abbiano un livello più alto di quello della rimanente mucosa. Indi, il quadro muta rapidamente. Già dopo un pajo di ore i punti grigiastri sporgono sulla superficie della mucosa, s'inspessiscono, e durante il corso della notte tutto il palato molle insieme all'ugola possono essere coverti da una pseudomembrana, della spessezza di alcuni millimetri, grigiastra, di aspetto lardaceo, la quale ben presto s'intorbida, ed in alcuni punti è disseminata di chiazze rosso-brune, per effetto di emorragie capillari. Sono appunto queste pseudomembrane secondarie, che determinano il carattere maligno della difteria, oppongono resistenza insuperabile al trat-

associato a lavacri antisettici del naso, non soltanto è riuscito a scongiurare completamente il pericolo inerente ad epistassi gravi e perfino gravissime, ma ad impedire completamente che il sangue stravasato divenisse un focolaio purulento. E dà termine alla relazione, invitando i colleghi a seguire, in questi casi, la pratica che gli ha dato risultamenti davvero splendidi, la quale può essere compendiata come segue: *a*) disinfettare previamente il naso con lavacri antisettici; *b*) tamponaggio antero-posteriore con strisce di garza jodoformizzata; *c*) anestesia delle narici con una soluzione di cocaina, che è pure un buon emostatico, ai quali postulati noi facciamo piena e lieta adesione.

(*Medical Record*, 1893).
MEYER V.

NEWCOMB dott. J. — *Emorragia dopo asportazione di vegetazioni adenoidi dal caso naso-faringeo.* (*The occurrence of hemorrhage after operation for the removal of Adenoid tissue from the naso-pharyngeal vault*).

Sebbene i casi di vegetazioni adenoidi siano piuttosto rari fra noi, e quindi rare le occasioni di operarli (parlo alludendo alle province Napoletane), pure non sarà inopportuno far sapere al lettore che talora la emorragia post-operativa può essere rilevante; che di questa possibilità bisogna prevenirne i parenti; che l'operato deve esser sorvegliato almeno per 24 ore; che l'accidente è estraneo all'istrumento che si preferisce nella operazione.

L'A., riferendo i casi di emorragia di Delavan, Cartaz, Russeau, Ruault, Capart, Wright ecc., narra la storia d'un ragazzo di circa 4 anni, nel quale 4 ore dopo l'operazione, eseguita, dietro eterizzazione, con la pinza di Gradle ed i raschiatoi di Gottstein, cominciò una emorragia, la quale fu sconosciuta, ingoiando il bambino il sangue, e quando il Newcomb giunse, trovò il bambino quasi dissanguato. Nè valsero a salvarlo i più energici soccorsi.

MASSEI.

WRIGHT prof. J. — *Alcune osservazioni sulla struttura dei polipi nasali edematosi.* (*Some remarks on the structure of oedematous nasal polypi*).

Le osservazioni dell'egregio autore non solo confermano quello che già si sapeva su quest'argomento, ma vi aggiungono anche qualche cosa di nuovo. Così, finora solo nei tumori di questa specie, che facevano prominenza al di fuori, si era notato una trasformazione dell'epitelio da cilindrico in squamoso; invece Wright ha potuto dimostrare che lo stesso si verifica anche nelle propagini profonde del tumore, forse per l'irritazione delle parti vicine. L'autore è di opinione che il liquido che dà l'edema derivi dai vasi sanguigni, però non dipende da edema passivo, sibbene da una cronica flogosi della mucosa. Detto liquido contiene siero albuminoso e grande quantità di mucina, riconoscibile alle sue reazioni. In una delle belle figure intercalate nella memoria si può osservare una essudazione di piccole cellule rotonde dai vasi sanguigni, con intorno la produzione di giovane tessuto connettivo. I vasi sanguigni sono scarsi e piccoli, e non mancano delle cisti; però non ha mai po-

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

WRIGHT prof. J. — *Docce e polverizzatori nasali.* (*Nasal douches and sprays*).

L'utilità delle docce nasali è rilevata, in questo pregevole lavoro, con tanta larghezza di sane vedute fisiologiche, quanto severa è la critica che egli, il noto e dotto autore, rivolge a coloro che oggi hanno la smania di grattare, tagliare e cauterizzare. È un libro che tutti dovrebbero leggere, generici e specialisti, e per questo ci limitiamo all'annunzio, certi che molti, alla fonte originale, cercheranno così utili ammaestramenti.

MASSEI.

DE ROALDES dott. A. W. — *Casi di grave epistassi di origine grippale e pericoli del tamponaggio nasale posteriore.* (*Cases of alarming epistaxis of grippal origin, and dangers of post-nasal plugging*).

Come è noto, nelle epidemie di influenza sono state spessissimo segnalate le complicazioni emorragiche, ed alcuni autori hanno tenuto finanche parola di una *influenza emorragica.*

Però, mentre nelle storiche pandemie del 1411, del 1580, del 1727 e del 1837 la comparsa dell'epistassi fu riguardata come un sintomo favorevole; mentre nella pandemia del 1743 essa, secondo il Sauvages, precedeva o accompagnava spesso l'esito letale, nell'epidemia che infierì nel 1872 nel Luxemburg, l'epistassi pare che sia stata il disturbo più grave nella sindrome di questa malattia. Nelle epidemie d'influenza del 1889-1890 il Tissier osservò nella clinica di Proust molti casi di epistassi grave. Lublinski ha tenuto parola di una vera rinite emorragica nell'influenza. E Ruault, Mesnard, Herzog, Haberman, Robinson, Cheminalde ed altri hanno osservato, su per giù, lo stesso, e richiamato l'attenzione sull'importanza di questo sintomo nelle epidemie d'influenza.

Non ha guari l'A. ha avuto l'occasione di osservare quattro casi di influenza, nei quali l'epistassi raggiunse una gravezza imponente, ed in uno finanche la morte per anemia. Il sintomo culminante, fu la grave epistassi, sulla quale egli tiene in modo speciale a richiamare l'attenzione, avendo constatato che i pericoli inerenti si aggravano seguendo la pratica degli antichi chirurgi, cioè il tamponaggio posteriore, che in tutti questi casi, nonchè in altri da lui osservati nella clinica ospedaliera, ha dato sempre risultamenti nulli o aggravativi, perchè oltre al non arrestare definitivamente l'emorragia, parve talvolta come se avesse attizzata rapidamente la decomposizione purulenta del sangue stravasato. Invece, col tamponaggio antero-posteriore,

Si trovano pure altri noduli che variano dalla grossezza di una nocciuola a quella di un grano di granturco.

L'esame microscopico per sezioni dimostra che le glandole salivari, e i piccoli ganglii linfatici estirpati dalla regione cervicale posteriore e dalla fossa sottomentoniera sono normali: che i tumori, compreso quello più grosso, giacenti nella loggia cervicale profonda, sono glandole linfatiche infiltrate. Infatti, in mezzo al tessuto linfadenoide che ancora rimane, si trovano dei larghi nidi di cellule di epitelio piatto pavimentoso: altrettanto dicasi del tumore che era situato sotto la cicatrice.

Come si vede, la diagnosi clinica è stata esatta, e il caso meritava di essere aggiunto agli antecedenti, perchè l'affezione presente ha attinenza coll'epitelioma della laringe che fu asportato sei anni or sono. Che se poi non possiamo renderci ragione del perchè abbiamo una recidiva dopo un intervallo di sei anni e a distanza, mentre nel 2° dei casi qui raccolti, si ebbe a verificare dopo pochi mesi e *in loco*, tuttavia per la clinica possiamo inferirne, come la laringectomia e la semplice emilaringectomia abbiano raggiunto in certo modo il loro scopo, dappoichè possano, come nel caso presente, mantenere in istato di salute il paziente per parecchi anni.

Purtroppo non nutriamo molte illusioni che questo secondo atto operatorio avrà per risultato una lunga guarigione, sebbene si siano portati via tutti i tessuti sospetti; ma era compito che si imponeva al chirurgo di inseguire il male per cercare di debellarlo.

Febbraio 1894.

toria; richiamando alla memoria la storia del malato vien fatto piuttosto di pensare alla ripetizione del processo neoplastico che era già localizzato nella laringe: ma d'altra parte noi troviamo ora la metà di quest'organo rimasta, immune da qualunque tumore. Per spiegare quindi la presenza di un epitelioma in questa regione conviene ricorrere alla probabile ipotesi, che un piccolo resto di esso sia sfuggito alla demolizione chirurgica di sei anni fa, oppure pensare che durante quell'atto operatorio sia avvenuto un'innesto.

Infatti il tumore più piccolo e più superficiale che abbiamo riscontrato sotto l'antica cicatrice si sarebbe sviluppato nell'ambito della prima operazione, mentre si può ritenere che l'intumescenza più grossa rilevata nella regione laterale destra del collo, sia dovuta ad invasione degli elementi del tumore nelle glandole della loggia cervicale profonda, e della fossa sottomascellare. Poter dire per quali ragioni ci troviamo in presenza di una recidiva dopo tanto tempo non è possibile ed è problema che affatica non meno le menti dei clinici, che dei patologi. Solo l'esperienza ci ammaestra che la metastasi del carcinoma alla laringe nelle glandole linfatiche del collo è piuttosto tarda.

Per queste osservazioni, che ho succintamente esposte, il professore pone la diagnosi di recidiva del carcinoma con metastasi nelle glandole linfatiche, e si accinge all'operazione il giorno 22 gennaio 1894.

Posizione del Rose-Maas; cloroformizzazione attraverso l'apertura tracheale. Per mezzo di una incisione a forma di V, con apice arrotondato (la quale parte sotto il lobulo dell'orecchio destro, scende di poco sotto il livello dell'osso ioide, e risale verso il mento) disseca un lembo cutaneo. Arrovesciato questo in alto, procede con grande cautela, all'isolamento dei tumori, e allo svuotamento della loggia cervicale profonda, della fossa sottomascellare, e sottomentoniera. Nella preparazione del fascio nerveo-vascolare, si possono risparmiare il nervo pneumogastrico e i rami della carotide esterna, tranne l'arteria facciale, allacciata preventivamente.

È necessario però legare fra due lacci la giugulare interna, che si trova spostata posteriormente, e resecarne un tratto di circa quattro centimetri, perchè inglobata dal tumore. Asportati i tumori insieme alla glandola sottomascellare e a parte della parotide, si addiviene all'emostasi definitiva e alla sutura della cute, lasciando però nell'angolo inferiore della ferita, un piccolo zaffo di garza asettica Due giorni dopo, questo è rimosso e la ferita è suturata completamente. Il decorso postoperativo è stato apirettico, e l'ammalato esce il 2 di febbraio.

Il pezzo asportato è una massa informe, in cui si possono distinguere, oltre la glandola sottomascellare, e piccola parte della parotide, due tumori, uno del volume di una mandorla, e l'altro di un ovo di gallina; duri al tatto, colla superficie di sezione di aspetto biancastro, midollare.

ge, avendo aggiunto alla prima incisione longitudinale della pelle « una seconda trasversale, la quale cominciando dall'estremo superiore della prima andava allo esterno, costeggiando l'osso ioide, per finire contro il margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo destro ». Liberata che fu la metà della laringe de' suoi attacchi, fu asportata: curata l'emostasi, fu suturata la ferita trasversale e la longitudinale solo in alto, e introdotta una sonda esofagea del Nélaton e una cannula tracheale, la ferita fu zaffata con garza iodoformica.

L'esame microscopico del pezzo dimostrò che trattavasi di un *epitelioma a cellule pavimentose.*

Il decorso postoperativo fu senza febbre, e nessun fatto degno di menzione intervenne, se ne togli una tosse molesta con escreato catarrale assai abbondante, che durò una trentina di giorni.

Sei mesi dopo l'operazione, il Sampieri fu presentato all'Accademia dei Fisiocritici, senza traccia alcuna di recidiva e come guarito. E tale infatti si sarebbe potuto ritenere durante questi sei anni, che egli ha trascorso senza un giorno di malattia, e accudendo al suo mestiere. Se non che sei mesi or sono cominciò ad avvertire alla regione laterale destra del collo, un tumore grosso quanto una mandorla, che poi è venuto man mano crescendo, e insieme a farsi dolente.

Sebbene consigliato dal medico a sottoporsi ad un atto operativo, il paziente ha sempre procrastinato la sua venuta in questa Clinica, fino al giorno 18 gennaio scorso.

Ora si presenta di aspetto tuttora florido: respira regolarmente mercè di una cannula di argento nella trachea e parla intelligibilmente: nè si direbbe ammalato, se non si portasse l'attenzione sul collo. Quivi si vede la regione anteriore, al di sopra dell' apertura tracheale, e la laterale destra, arrossata e molto tumefatta.

Palpando si sente che la cute non ha rapporti coll'affezione, che deve essere sottostante. In vicinanza della antica cicatrice e come fisso ad essa, si nota un tumore, come una oliva, che in basso arriva fino alla apertura tracheale. Sotto questo tumore, profondamente, si avverte una massa meno dura, che va fin verso la colonna vertebrale. Sulla regione laterale destra si percepisce un altro tumore, di volume assai più considerevole del primo, da cui trovasi separato per un breve intervallo. Esso tumore col polo superiore arriva fino in prossimità del lobulo dell' orecchio, e coll' inferiore fin verso la fistola tracheale; è grosso quanto un uovo di gallina, poco spostabile, e di consistenza dura: alla palpazione pure si può percepire l'impulso della carotide sul limite interno di questo tumore; la vena giugulare esterna non si vede turgida; non si rilevano disturbi funzionali, nè del *pneumogastrico*, nè del *simpatico*: nella fossa sopra e sotto-clavicolare non si sentono glandole infiltrate. Di che cosa si tratta? Dai caratteri obbiettivi e del decorso stesso dell'affezione si può escludere trattarsi di una forma infiamma-

cricoide, sul limite del tumore colla mucosa laringea apparentemente sana, fissato in liquido del Müller, e progressivamente in alcool, incluso in celloidina, e colorite le sezioni coi soliti mezzi vi si scorgono numerosi zaffi di epitelio piatto, con molti noduli perlacei (v. Tav. II, Fig. 3.); in un piccolo tratto è dato ancora di vedere la mucosa col suo epitelio cilindrico, e nella zona sottostante in cui giacciono le glandole mucipare si nota una fitta infiltrazione parvicellulare.

Il trattamento postoperativo fu il consueto, e non ebbe a verificarsi altro degno di menzione, che la sutura della faringe non tenne nello estremo superiore.

Questo incidente però non ebbe tristi conseguenze, e l'ammalato guarito fu presentato agli studenti il giorno precedente alla sua uscita dalla Clinica (26 novembre) in buonissime condizioni generali, senza neppure il sospetto di recidiva.

Respirava per mezzo delle cannula tracheale: la fonazione, stante il breve tempo trascorso dall'operazione, era ancora incompleta.

Finora il suo stato di salute è ancora eccellente, come ci ha informato.

IV.— *Tarda recidiva in un operato di emilaringectomia per epitelioma.*

Trattasi di Giovanni Sampieri, d'anni 58, da Buonconvento, vetturale, il di cui caso clinico fu già esposto dal prof. Novaro all'accademia dei Fisiocritici di Siena.

Il Sampieri fu accolto il 14 maggio 1888 nella Clinica operativa di Siena « senza voce, con respiro difficile e frequenti accessi di dispnea sì marcata da far temere ch'egli fosse per soffocare da un momento all'altro ».

Tre mesi prima erano incominciati i disturbi che allora si vedevano così marcati, cioè l'abbassamento di voce, la raucedine e un po' di difficoltà di respiro.

Fu riconosciuto che si era in presenza di un tumore endolaringeo: infatti all'esame obbiettivo esterno si notava già la metà della laringe destra più larga e più sporgente dell'opposta, e per mezzo dello specchio laringoscopico « vedevasi il vestibolo della glottide occupato da una intumescenza ricoperta da mucosa congestionata, ma intatta; la quale facendo corpo colla metà destra della laringe sporgeva con superficie liscia ed arrotondata verso sinistra, tanto da impedire la vista delle corde vocali ».

Perciò il paziente fu operato dal prof. Novaro il 17 maggio. Incisione mediana sulla cute dall'osso ioide sino ad un dito trasverso al disopra del manubrio dello sterno — spaccatura della laringe: visto che l'affezione non oltrepassava la linea mediana dell'organo, nè anteriormente, nè posteriormente, l'operatore isolò la metà destra della larin-

pieghe; la laringe si sente aumentata ne' suoi diametri, non però deformata nella sua impalcatura. Non si palpano glandole circostanti ingrossate, e negli organi toracici e addominali non c'è nulla di anormale. Nelle urine nessun principio patologico.

All'esame laringoscopico si scorge l'epiglottide fortemente ripiegata verso destra ; sul suo peziolo si nota un tumore bernoccoluto, a cavolfiore, che discende verso la glottide.

La notte susseguente al giorno dell'ingresso del paziente nell'ospedale, essendo sopravvenuto un accesso di soffocazione, il Dottor Monari, coadiutore, esegue la tracheotomia inferiore; e il giorno 26 settembre il prof. Novaro la laringectomia.

Narcosi, disinfezione e posizione del malato, come di consueto. Incisioni della pelle e delle parti molli sottostanti dall'osso ioide fino al giugulo, e sulla linea mediana, tranne per quel tratto in cui esiste la apertura tracheale, attorno alla quale si lascia una elisse di cute. Isolamento della laringe sulle faccie laterali, distaccando le inserzioni dei muscoli sterno-tiroidei, e costrittore inferiore della faringe. Questo secondo tempo dell' operazione è alquanto più difficile sul lato sinistro, non potendosi adoperare l'elevatore, stante l'invasione del tumore all'esterno.— Liberata la laringe da'suoi attacchi laterali, dall'osso ioide fino alla trachea, si recide il legamento crico-tracheale e si fissa il moncone tracheale. Arrovesciando la laringe in alto, la si distacca dalla mucosa faringea, e (mercè l'incisione della membrana tiro-ioidea e de' legamenti laterali) dall' osso ioide e la si asporta insieme all'epiglottide, previamente liberata anch'essa de' suoi legamenti,

Curata l'emostasi, il professore esegue la sutura della parete anteriore della faringe con punti alla Lembert.

La laringe asportata si presenta normale nella metà destra esterna; mentre la lamina laterale sinistra della cartilagine tiroide è occupata da una intumescenza a bozze poco rilevate, ma dure, della forma e del volume di una mezza noce. Sulla linea mediana si scorgono pure due tumoretti della grossezza e conformazione di un fagiuolo, il primo che riempie l'incisura della cartilagine tiroide, l'altro alquanto più in basso. Il lume circoscritto dall' anello della cartilagine cricoide è otturato da un tumore quasi completamente, perchè non rimane pervio che uno strettissimo spazio semilunare, rilevabile solo guardando contro luce (v. Tav. II, Fig. 1.) Divisa la laringe sulla faccia posteriore (v. Tav. II, Fig. 2.), si trova un tumore che l'occupa in tutta la lunghezza, e che si avanza fin verso la metà dell' epiglottide, deviata verso destra; lasciando solo immune un breve tratto della parete destra.

I grossi noduli neoplastici notati sulla faccia esterna, sono in continuazione col tumore endolaringeo.

Esame microscopico—Exciso a tutto spessore un pezzo di cartilagine

TAVOLA II.

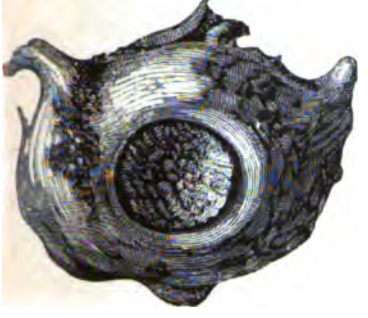


Fig. 1.

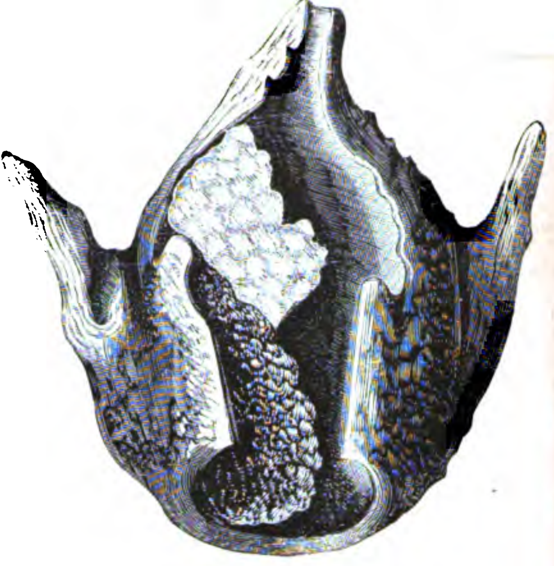


Fig. 2.

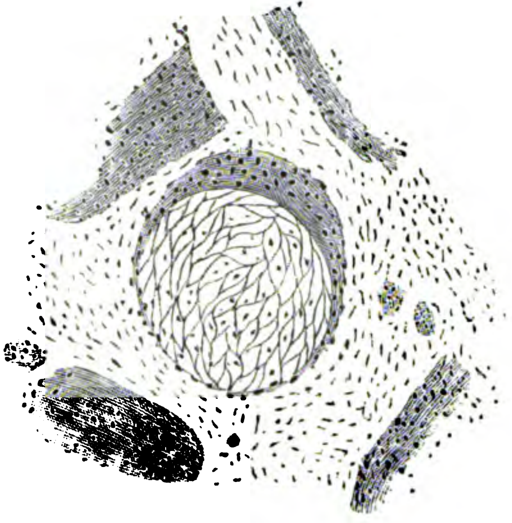


Fig. 3.

TAVOLA I.

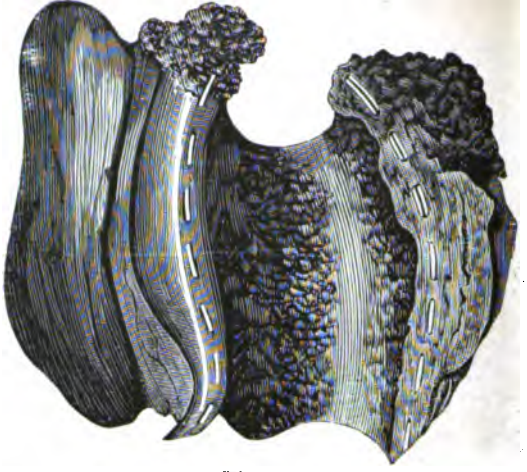


Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

parti molli: però assai limitatamente, tanto che fu facile asportarlo completamente. L' esame macroscopico del tumore presentava i caratteri del comune carcinoma: infatti, all'esame microscopico si trovarono zaffi epiteliali coi caratteri che si riscontrano nei carcinomi epiteliali. L'ammalato uscì guarito dell'atto operativo il giorno 20 novembre 1893, e dalle recenti informazioni assunte sappiamo che gode tuttora buona salute.

Benchè in questo caso si possa ammirare il buon esito immediato della operazione, la recidiva verificatasi a breve distanza di tempo potrebbe far muovere a qualcuno l'appunto se non fosse stato meglio estirpare di primo tempo l'intera laringe, invece che parte di essa. Ma quando si trova un neoplasma ancor circoscritto ad una metà dell'organo, quando si sa che colla semplice resezione della laringe (che dopo tutto è un'operazione meno grave) si può raggiungere lo stesso effetto dell' estirpazione totale, come ne fanno fede i casi illustrati nella letteratura, può parere miglior consiglio attenersi all'emilaringectomia.

Certo che si deve tener sempre d'occhio l'ammalato; questa attenta vigilanza ci permetterà di poter vedere l'insorgere della recidiva, e di intervenire con una nuova operazione, come nel presente caso.

III. — *Estirpazione totale della laringe per carcinoma.*

Evangelisti Giovanni, d'anni 39, operaio, di Pieve di Cento.

Nulla nel gentilizio: non ricorda di avere mai avuto malattia alcuna, tranne l' attuale, che egli fa risalire solamente a tre mesi fa, e che è insorta dapprima con un senso di molestia alla laringe, poi con leggera difficoltà nel respiro (specialmente nelle profonde inspirazioni e nel moto veloce) e con affievolimento della voce.

Queste condizioni rimasero pressochè invariate per circa un mese, in fine del quale la difficoltà a respirare crebbe, la voce divenne rauca ed il paziente, palpandosi il collo, s'accorse che questo era alquanto ingrossato nella sua parte anteriore Questi disturbi aumentarono gradatamente in modo che da una settimana l'infermo può a mala pena respirare e farsi comprendere.

Per trovar ristoro alle sue sofferenze, ricorse a questa Clinica il 19 settembre 1891. Sebbene non abbia disfagia, dice di essere molto dimagrito. Non ha mai patito la sifilide.

Stato presente — Individuo di conformazione scheletrica regolare, in discreto stato di nutrizione generale.

La dispnea, accompagnata da un rumore fischiante, la depressione della fossa del giugulo negli atti inspiratorii, i violenti accessi di tosse, la cianosi del volto, attestano la difficoltà e le sofferenze del paziente nel respirare.

Riguardando la regione anteriore del collo, si vede ingrossata, con la pelle di aspetto normale: alla palpazione, questa è sollevabile in

tracheale, e rovesciato in alto la mezza laringe, la distacca dalla faringe e dall' osso ioide e l' asporta insieme a gran parte della faccia posteriore, lasciando in posto la epiglottide. Curata l' emostasi, suturato in alto e in basso i margini della ferita cutanea, pone la cannula in trachea, e con garza asettica zaffa tutt' all' intorno.

Il pezzo asportato comprende metà destra della laringe e gran tratto della parete posteriore. Le parti rimosse, tranne che sui confini, sono invase da un tessuto fungoso, con granulazioni a cavolfiore. All' esame microscopico fatto a fresco su piccoli frustoli di tumore, si riscontrano grandi cellule di epitelio piatto, e nelle sezioni si trovano numerosi zaffi epiteliali, coi caratteristici nodi perlacei.

Mercè la solita medicazione, non ebbero a verificarsi incidenti degni di nota, che disturbassero il buon avviamento verso la guarigione: e l'ammalato, uscito di Clinica all'8 marzo 1893, potè godere per qualche tempo dei benefici effetti dell' operazione: ma malauguratamente essendo insorta la recidiva, coi soliti fenomeni ingravescenti, fu sottoposto in altro luogo di cura ad un ulteriore atto operativo, intorno al quale, l'egregio Dottor Paladini, chirurgo di Empoli, che ebbe ad eseguirlo, ci ha cortesemente fornito le seguenti notizie.

Il Cap. Fr. fu rioperato il giorno 7 novembre 1893.

Quando fu visitato e gli fu proposto un atto operativo, presentava subito al di sopra dell'apertura praticata sulla trachea un tumore della grossezza di un'oliva, granuloso, facilmente sanguinante e che si continuava in alto nella regione laringea.

Quivi si sentiva un tumore oblungo, mobile sulle parti profonde del collo, che per la forma e le dimensioni si sarebbe preso per la laringe, però aumentata di volume. Nessun ingorgo glandulare palpabile. Al laringoscopio si notava l'epiglottide retratta, piccola ed accartocciata, e subito al di sotto di questa un ammasso di sostanza fungosa, facilmente sanguinante al minimo contatto.

Una candeletta spinta dall' apertura tracheale in su, nel centro del tumore notato, passava nella faringe attraversando il neoplasma visto sotto l'epiglottide. Il malato aveva continua secrezione salivare, commista a sangue, e tutte le volte che inghiottiva alimenti, specialmente liquidi, vomito pel passaggio di questi nella trachea e tosse stizzosa. L'operatore fa una incisione longitudinale nell'antica cicatrice dall'osso ioide fino in basso, a questa ne aggiunge una trasversale a livello e parallela all' osso ioide.

Gli fu così facile aprire una larga breccia, dalla quale fu asportata la membrana tiroidea e l' epiglottide, e tutto ciò che fu trovato nella regione laringea, cioè tumore e porzione della laringe (metà sinistra, e parte della faccia posteriore).

Questa porzione di laringe rimasta si era raggrinzata ed era invasa dal tumore, il quale sul lato destro del collo aveva attaccato anche le

colla espettorazione di un catarro denso, a volte striato di sangue, riacquistava la calma.

Allora fu dal medico rilevata una dolorabilità alla pressione sulla metà destra della laringe. Nella seconda quindicina del settembre 1892, i disturbi si accentuarono, tanto che una sera fu d'uopo l' urgente intervento del medico, il quale dovette praticare la tracheotomia. Nei giorni seguenti sopravvenne bronchite, infezione della ferita, tumefazione delle glandole cervicali, minaccia di flemmone diffuso al collo; però in breve queste complicanze scomparvero. Guarito anche della bronchite fu sottoposto senza alcun risultato ad una energica cura antisifilitica: in seguito gli furono praticate cauterizzazioni della mucosa laringea col cloruro di zinco, le quali ridestarono il dolore alla metà destra della laringe, che era scomparso dopo la tracheotomia. Vedendo infine che le sue sofferenze divenivano sempre maggiori, entrò in questa Clinica il 28 gennaio 1893.

Allo *stato presente* si rileva che l'infermo è uomo robusto, ben costituito. Nulla di anormale si riscontra nell'apparecchio cardiovascolare, e negli organi addominali. All'ascoltazione del polmone sinistro, posteriormente e alla base, si sentono dei rantoli a piccole bolle La respirazione si compie per mezzo di una cannula metallica introdotta fra la cartilagine cricoide e tiroide.

L'esame laringoscopico è reso difficile, non tanto per la disposizione delle parti, quanto specialmente perchè il paziente non respirando affatto dalla laringe, nella cavità della glottide si accumula saliva e catarro, e la cocaina non fa che accrescerne la secrezione.

Notasi per altro la epiglottide inclinata a sinistra.

La natura dell'affezione si può stabilire più che con probabilità, quasi con certezza. La deformazione della laringe all'esterno, la infiltrazione della sua metà destra, il dolore che avverte il paziente all' orecchio omonimo, la deviazione dell' epiglottide, l' andamento progressivo del male, l' esclusione di tutte le altre malattie, comprese la sifilide e la pericondrite, e infine i dati anamnestici, ci parlano per un tumore endolaringeo e specialmente per il carcinoma.

Il giorno 31 gennaio 1893, il prof. Novaro procede all' operazione. Previa cloronarcosi attraverso la fistola tracheale, e iniezione di un centigr. di cloridrato di morfina, disinfettata la parte, collocato il malato nella posizione del Rose-Maas, pratica una incisione sulla pelle fino a ridosso della laringe, a partire dall'osso ioide fino al manubrio dello sterno: incisione che è sulla linea mediana agli estremi, e che in mezzo si biparte per lasciare un tratto ellittico di cute, che comprende l'apertura della fistola. Divide in due la laringe, e ne divarica i segmenti. Constatato che il tumore invade solamente la metà destra, e che è ancor possibile una operazione parziale, procede all'isolamento della laringe su questa parte. Poi, reciso il legamento crico-

col cambiare di atteggiamento le labbra. Che sia realmente così, lo può dimostrare la nostra malata: infatti essa non potendo pronunciare *l*, *m*, *n*, non pronuncia neppure le vocali che susseguono queste consonanti, di modo che non dice *mamma*, *nonna*. Quanto s'è detto per le vocali che susseguono a consonanti, vale anche per l'unione di diverse consonanti: infatti l'ammalata dice bene per esempio l' *sc*, come nella parola *scena*, *scettro* ecc., perchè la loro pronuncia si ottiene facendo sollecitamente uno dopo l'altro i movimenti proprii a ciascuna di esse.

Rimane ora solamente a vedere perché la paziente non possa pronunciare le consonanti *l*, *m*, *n*: queste, se dividiamo le consonanti a seconda del meccanismo di loro formazione, appartengono alle *sostenute*, perché richiedono un certo tempo per essere pronunciate, a differenza delle altre, la cui pronuncia si fa d'un colpo, per cui son dette *esplosive*. E poichè queste ultime l'ammalata può dire molto bene, anzi taluna di esse, come se non fosse stata operata, è a credere che la pronuncia delle consonanti *l*, *m*, *n*, dette anche *semivocali*, sia resa impossibile dal perchè la poca aria raccolta nella bocca e retrobocca, non irrompe contro un ostacolo che può essere tolto d'un tratto, ma lentamente e mentre la cavità nasale è aperta.

Questa la spiegazione che, sulla scorta della fisiologia, ho tentato di dare intorno alla formazione della voce dopo la laringectomia; s' intende per la voce sommessa: quando poi questa diventa sufficientemente forte e sonora, come nel caso della *pseudovoce* dello Schmid e nel nostro, allora bisogna pensare che intervenga qualche nuovo fatto: o la presenza di una ripiegatura della mucosa lungo il tubo di aggiunta, o di una bendella qualunque di tessuto che possa vibrare, ovvero la abilità del paziente che esercita una speciale ginnastica locutoria, o forse l'una cosa e l'altra.

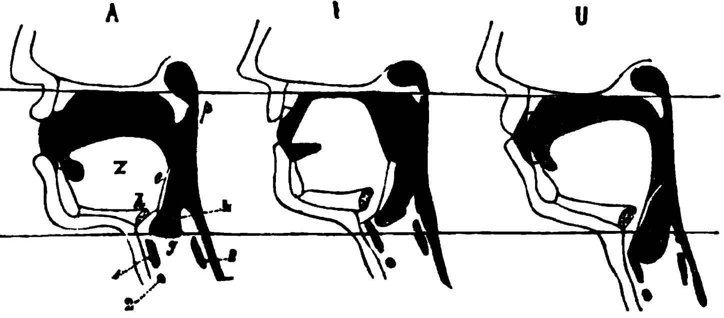
II. — *Estirpazione parziale della laringe per carcinoma.*

Fr. d'anni 50, di Siena, ex-capitano di cavalleria.

Nel gentilizio non si riscontra nulla che possa avere attinenza colla presente malattia del paziente, il quale per lo passato ha avuto una blenorragia, non però la sifilide. Egli fa risalire l' attuale affezione al gennaio 1890: un giorno di questo mese, durante una marcia di parecchie ore, sotto una pioggia continua e torrenziale, ebbe a perdere completamente la voce; poi lo prese la tosse accompagnata a secrezione catarrale, ma senza febbre. Da allora questi disturbi si sono fatti persistenti, variando solo di intensità. Fumatore indefesso, gli fu allora proibito l'uso del tabacco, e fu curato con pennellatura di una soluzione tannica.

Con alternative di benessere e di peggioramenti, arrivò fino all'agosto 1892, in cui i fenomeni succennati divennero più gravi. Talora di notte il respiro, si faceva penosamente difficile e sibilante, mai poi

chi le figure schematiche del L a n d o i s, rappresentanti un taglio sagittale dell'organo della voce umana, mentre si pronunciano le vocali a, i, u (1). Quivi vediamo che mentre per pronunciare l'*a* la forma della cavità vocale è quella di un imbuto con l'apertura all'innanzi e colla lingua abbassata; mentre per pronunciare l'*u* la forma della cavità orale è quella di ampio fiasco a collo corto e stretto, con laringe bassissima, con la radice della lingua ravvicinata alla arcata palatina posteriore; per pronunciare la *i*, invece, la forma della cavità orale è quella di un fiasco con ventre piccolo nella porzione posteriore e con collo lungo e stretto; brevissimo il tubo di aggiunta; la laringe sollevata il più possibile; la cavità orale limitata anteriormente dai denti, a cui le labbra retratte aderiscono; assai stretto lo spazio compreso tra il palato duro e il dorso della lingua, anzi ridotto a un'*angusta gronda mediana. Quindi l'aria non può traversarlo, senza produrre un rumore di gorgoglio e di soffio* (2). Per cui la *i* è nelle condizioni più favorevoli per essere pronunciata anche senza laringe.



Che le vocali poi si possano pronunciare in mezzo ed in fine di parola, sembrami accettabile la spiegazione che ne dà il P o p p e r t (3). Invero, egli dice, « lo stesso rumore che si produce nell'emissione delle consonanti viene utilizzato anche per l'emissione delle vocali, in quanto che l'ammalato passa rapidamente colla posizione della bocca dalla pronuncia della consonante a quella della vocale. E così le vocali si rendono percettibili, se ad esse precede una consonante ».

Ad esempio il soffio d'aria che produce la consonante F incontrando il suo punto di ostacolo, può facilmente convertirsi nella sillaba *fa*, *fe*

(1) Secondo B r ü c k e si ammettono soltanto tre vocali fondamentali *a*, *i*, *u*, fra cui si dispongono tutte le altre.

(2) L a n d o i s — Trattato di fisiologia dell'uomo.

(3) Loc. cit.

l'altro ed essere come la sede di vibrazioni prodotte da una corrente d'aria che venisse dal basso.

Malauguratamente non avendo presente la nostra ammalata, non si possono fare quelle osservazioni che sarebbero indicate; in ogni modo però, dalle notizie che ella ci ha riferito, potremo esaminare il suo *linguaggio articolato.*

La paziente non può pronunciare le vocali (tranne la *i*) se in principio di parola: mentre le pronuncia o in mezzo, o in fine. Così per esempio, dice *vere* per *avere.* Pronuncia parlando tutte le consonanti, tranne *l. m. n.*; di modo che non può dire *mamma, nonna.* La *r, s, c,* sono pronunciate meglio di tutte, anzi come prima dell'operazione.

Per spiegare come sia possibile la fonazione anche senza laringe, questo *apparente paradosso* (come dice il Solis Cohen) chiamiamo in soccorso la fisiologia. Questa ci insegna come vi sia un *parlare sommesso,* e una *favella sonora.*

Nel primo caso, l'aria esce liberamente per la laringe senza mettere in vibrazione le corde vocali, e produce rumori nel cavo orale: invece nel secondo caso, a questi rumori si aggiungono dei suoni prodotti da vibrazioni delle corde (1).

Dei due elementi di cui si compone la parola, *vocali* e *consonanti,* le prime si generano nella laringe e sono poco modificate nel tubo faringo-orale: mentre le seconde si modificano essenzialmente nel *tubo di aggiunta,* e a seconda degli ostacoli che incontrano nella loro uscita; ostacoli che si generano in tre siti o *istmi di articolazione:* 1° tra la base della lingua e il velo pendolo; 2° tra la punta della lingua e il palato duro; 3° l'ostio tra le due labbra: onde le consonanti si dividono poi in *gutturali, linguali, labbiali* (suddivise in *palatine* e *dentali*). Ora, se stando l'organo vocale in riposo è possibile la pronuncia sommessa delle consonanti solo perchè incontrano un ostacolo nel tubo di aggiunta, si comprende perchè coloro che sono privi di laringe possano tuttavia pronunciarle. Invero, il tubo di aggiunta è rimasto intatto anche dopo l'operazione, e sebbene sia interrotta la via che porta aria dal *tubo portavento,* l'aria che si trova nella bocca, retrobocca e quella che eventualmente può venire dall'esofago, deve essere sufficiente di per sè sola alla produzione delle consonanti.

Invece le vocali, anche dette sottovoce, si generano nella laringe, e perchè per pronunciarle conviene aprire la bocca e la poca aria contenutavi sfugge senza essere utilizzata nell'incontro di un ostacolo, così la loro pronuncia è resa impossibile senza laringe, se in principio di parola o isolatamente.

La nostra malata però può pronunciare la *i.*

Ce ne possiamo probabilmente rendere ragione avendo sotto gli oc-

(1) Renzone — Fisiologia umana.

malati finiscono spesso per abbandonarli: e però fu cosa di grande utilità pratica l'avere osservato il ritorno di una nuova voce.

Già il Novaro aveva dimostrato (1) che dopo la laringectomia, quando il moncone della trachea si apra nella faringe, i margini della apertura faringea che vanno dal corpo dell'osso ioide al moncone tracheale stesso possono fungere da corde vocali, e lo Schmid ha poi osservato il ritorno di una nuova voce anche dopo avvenuta l'interruzione delle vie aeree colla faringe.

S'è detto che la nostra paziente un mese dopo l'operazione quando la cavità faringea non comunicava più colle vie aeree, poteva facilmente farsi capire senza alcun apparecchio fonetico. Questa voce non certo alta in principio, era quella che più comunemente si osserva nei pazienti privi di laringe, e che fu anche detta *palatina*, *faringea* od *esofagea* a seconda del punto di formazione che gli osservatori le hanno assegnato. Essa non tarda a svilupparsi dopo l'operazione, anzi in un caso del Poppert (2) s'ebbe a verificare appena l'ammalato fu desto dal sonno cloroformico. Essa fu già osservata dallo Czermak, dal Bose (3); somiglia alla voce *afona*, ma ne differisce per la mancanza di alcune lettere dell'alfabeto.

La nostra malata colla propria intelligenza e coll'esercizio è riuscita di molto a migliorare questa voce, tanto da farla assomigliare a quella che ci ha descritto H. Schmid (4) sotto il nome di *pseudo-voce* (*Pseudo-stimme*), che è, a suo dire, chiara e sonora, sebbene monotona, e in tutto più perfotta di quella prodotta da una laringe artificiale.

Sul meccanismo di formazione di questa voce, varie furono le interpretazioni che sorsero quando il malato fu presentato alla società medica Berlinese.

Il Landois e lo Strübing ritenevano che i suoni si formassero dal passaggio dell'aria, spinta dalla faringe per contrazione dei muscoli, attraverso una stretta fessura, formata dall'adattamento della lingua contro la parete posteriore della faringe.

Però lo Schmid faceva notare che l'ammalato poteva pronunciare le vocali anche colla lingua fissata e stirata fuori della bocca. Altri riteneva che l'ammalato ingoiasse l'aria e l'emettesse a suo tempo per produrre suoni: altri opinava che invece di inghiottire aspirasse dell'aria che penetrasse nell'esofago e di qui fosse cacciata. Certo che in questo soggetto, mentre parlava, si potevano vedere collo specchio i margini dell'apertura dell'esofago ravvicinarsi e adattarsi l'un contro

---

(1) Novaro — Comunicaz. al Congresso di Modena, 1882.

(2) Poppert — Loc. cit.

(3) Die Verengerung und Verschliessung des Kehlkopfes.

(4) Vergl. Archiv. f. Klin. Chirurgie Bd. 38.

sospetto; sezioni del quale sottoposte ad esame microscopico, non rilevarono la temuta presenza del tumore.

Così il 10 Dicembre, il Professore può presentare agli studenti, l'ammalata guarita e in buone condizioni generali: essa respira facilmente mercè di una cannula, rimossa la quale si vede la mucosa di un bell'aspetto roseo: invitata a parlare si sente la voce, se non alta, almeno percettibile a parecchi metri di distanza e intelligibile a tutti, ciò che rende inutile qualunque apparecchio fonetico artificiale, il quale, del resto, non si sarebbe potuto neppure applicare, stante la chiusura della cavità faringea avvenuta spontaneamente, dopo il distacco de' due monconi della trachea e laringe.

Il caso esposto è interessante sotto molteplici e varii riguardi:

1.° Per l'esito felice dell'operazione sia immediato, che tardo, poichè ne vediamo tuttora i benefici effetti: l'ammalata infatti, che ogni tanto viene a farsi vedere, gode buona salute, anzi ha potuto condurre a felice termine la gravidanza, e partorire una bambina, la quale ora conta otto mesi di vita.

2.° Per l'asportazione di un tratto di trachea così lungo, che non trovo l'eguale nella letteratura, poichè dalla statistica del Voskerensky apprendiamo che sopra 130 laringectomie, furono per 14 volte asportati solo uno, o i primi anelli tracheali superiori.

3.° Per la concomitante tiroidectomia: la quale raramente viene eseguita, come ce lo dice anche il Voskerensky, il quale ne conta 4 sopra i summentovati 130 casi di laringectomia. E qui conviene anche notare che a distanza di 14 mesi dalla asportazione della tiroide, non si era verificata la *cachessia strumipriva*, che invero non era tanto da aspettarsi, data l'età della paziente, e d'altra parte ormai più poco temuta per i nuovi soccorsi terapeutici, atti a combatterla.

4.° Per la rarità della forma speciale del tumore, tanto difficile a riscontrarsi, che lo stesso Ziegler dice di non aver avuto occasione di vederlo che una sola volta in una glandola lagrimale (1). Lo stabilirne il punto di partenza non è facile, ma la sua struttura ci fa ritenere che esso abbia avuto inizio nella glandola tiroide e che poi abbia invaso la trachea e la porzione inferiore della laringe, penetrando di poi allo interno di questi organi.

5.° Un ultimo punto su cui conviene fermare la nostra attenzione è la *fonazione*. Questa importante funzione è quella che giustamente, dopo la vita, più preme all'infermo. Il ripristinarla è stato spesso compito del chirurgo per mezzo di istrumenti o congegni più o meno complicati, modellati sulla laringe artificiale inventata dal Gussenbauer. Questi apparecchi non sono immuni da inconvenienti, fra cui considerevole è quello della pulizia frequente che richiedono, per cui gli am-

(1) Ziegler — Tratt. di Anat. pat. Parte gen. § 173.

tamento, nello spazio di 24 ore si diffondono rapidamente sulla mucosa faringea e delle vie aeree superiori, oppure possouo rendere necessaria la tracheotomia.

In base a queste osservazioni, l'A. crede di poter ritenere come indubitato che: 1) nei casi della prima categoria, il processo ha preso origine dalla superficie dell' epitelio, si diffonde da sopra in basso, e quindi l' influenza nociva della causa morbigena dovette agire direttamente sulla superficie. 2) In vece, nei casi della seconda categoria, la formazione delle pseudomembrane ha punto di partenza dalla profondità del tessuto della mucosa; e lo strato superficiale della mucosa, e specialmente dell'epitelio, viene attaccato in ultimo dal processo, il quale fin dall'inizio si presenta in forma di una essudazione abbondante e diffusa di linfa fibrinogena, oppure di fibrina. Sicchè, secondo il concetto dell'A., le pseudomembrane possono essere così primarie, come secondarie. Però, le une come le altre non sarebbero — come finora si è creduto — un fenomeno autoctono, ma starebbero *nel più intimo rapporto* col modo con cui il processo difterico si svolge nell'organismo.

La *differenza principale* fra i focolai necrobiotici ed i focolai di degenerazione, che si formano nei diversi organi del corpo umano sotto l' influenza del virus difterico, sta soltanto in ciò: che i focolai prossimi alla superficie della mucosa la raggiungono soprattutto per il versamento di siero e di fibrina. In vece, nella profondità della mucosa, nella sottomucosa, come pure nei rimanenti tessuti ed organi, questi prodotti vengono riassorbiti, ovvero i punti infermi guariscono con formazione di cicatrice.

Da tutti questi fatti, l' A. crede di poter trarre i seguenti corollarii, circa l'importanza che il modo di produzicne delle pseudomembrane difteriche ha sul trattamento:

1) Le cosiddette pseudomembrane primarie, cioè quelle che si sviluppano sulla superficie della mucosa, essendo il prodotto dell' infezione diretta, cioè dell' azione immediata dei bacilli e delle loro tossine, richiedono un accurato trattamento *antisettico*, che deve consistere nella distruzione dei batterii, e quindi nell' impedire la loro ulteriore moltiplicazione ed il riassorbimento del virus da essi prodotto.

2) Quando trattasi, invece, di membrane secondarie, qualsiasi trattamento locale — sia cogli antisettici, sia coi caustici, sia colla galvanocaustica ecc. — riesce frustraneo, per il motivo semplicissimo che la causa patogena sta in profondità della mucosa, è quindi inaccessibile. In questi casi, allorchè appariscono le pseudomembrane, il virus difterico è stato già assorbito dalle cellule linfatiche, dalla linfa e dal sangue, trasportato altrove, e depositato in svariati punti.

In quanto alla cosiddetta cura col siero sanguigno, iniziata non ha guari da Behring e da Wernicke, l'A. crede che la via è bene scelta, però siamo ancora ai primi passi, e per ora nulla di positivo ci possiamo ripromettere da questo trattamento. Tuttavia, essa forse col tempo ci farà raggiungere la tanto sospirata meta. *Per ora*, in questi casi, ciò che di meglio può farsi è di adoperare i preparati mercuriali, perchè l' empirismo c' insegna che le frizioni mercuriali, e l' uso interno del calomelano, del sublimato, e soprattutto del cianuro di mercurio, hanno dato qualche volta buoni risultamenti. Su per giù potrebbe dirsi qualche cosa di analogo per la chini-

na, benchè la sua azione antipiretica e microbicida nel trattamento della difteria sia molto dubbia.

(*Deutsche Medizinal-Zeitung;* 1894, n. 1).
MEYER V.

WHRIGHT prof. J.—*Un caso di lupus primarico della faringe. (A case of primary lupus of the pharynx)*.

Fino a quindici anni or sono, nella Letteratura non era stato registrato alcun caso di lupus della faringe. Ziemssen per il primo, e poi Lefferts, profetizzarono che, tostochè l'esame della gola sarebbe stato fatto più accuratamente, si sarebbero rinvenuti non pochi casi di lupus faringeo. Queste fatidiche parole ebbero una realizzazione completa, giacchè a misura che da parte degli specialisti si andò introducendo nella pratica l'esame accurato della gola, incominciarono ad apparire eccellenti descrizioni cliniche ed istologiche dei casi di lupus primario della faringe, delle tonsille, della laringe, ecc.; e non appena Koch, dopo la scoverta del bacillo tubercolare, ci ebbe insegnato che anche il lupus rientra nella categoria delle affezioni tubercolari, perchè anche in esso si riscontra lo specifico bacillo, si sono moltiplicate, come per incanto, le relazioni dei casi di lupus nella gola, dei quali oggi ne sono registrati una quantità non insignificante nella Letteratura, e si è data altresì la preziosa dimostrazione, che per lo passato, e propriamente prima che le ricerche istologiche, e soprattutto le batteriologiche, ci avessero fornito quegl'importanti dati diagnostici, che oggi all'uopo possediamo, e con i quali siamo in grado di stabilire con esattezza e precisione la diagnosi di lupus faringeo, questi tumori venivano scambiati con gomme, con tumori scrofolosi, ecc.

Ciò premesso, l'A. descrive un caso di lupus faringeo, nel quale la diagnosi fu fatta in primo tempo colle injezioni di tubercolina di Koch, mentre l'esame istologico confermò pienamente la splendida descrizione che il Gottstein ha data del lupus della faringe. E dà termine accennando sommariamente ai caratteri differenziali fra i tumori tubercolari propriamente detti, e quelli luposi della faringe, nei quali, in complesso, ripete ciò che da noi ripetutamente è stato già esposto in altre recensioni in questi Archivi, specie in quella del Ramon de la Sota.

(*The Medical News*).
MEYER V.

NAVRATIL prof. E.—*Esperimento sull'innervazione della Laringe e sull'accessorio del Willis (Thierversuche über die Kehlhopfinnervation und über den nervus accessorius Willisii)*.

Già nel 1860 l'A. aveva praticato sugli animali alcuni esperimenti sull'innervazione motrice della laringe, nei quali era pervenuto alle seguenti conclusioni:

1) Tutti i costrittori ed i tensori, come pure il dilatatore dèlla glottide vengono innervati dal laringeo inferiore;

2) Le fibre sensitive sono fornite soltanto dal laringeo superiore;

3) L' accessorio del **Willis** non esplica alcu influenza sull' innerva-
zione della laringe.

Per completare queste ricerche, e sopratutto per ertare l'azione del la-
ringeo inferiore, nonchè quella dell' accessorio in tu il suo tragitto, l' A.
non ha guari ha praticato altri esperimenti sopra n animali. In sei cani
e tre gatti ha reciso il laringeo superiore come seg . Anzitutto ha legato
gli animali sul dorso, e li ha narcotizzati con iniezio li cloroformio o di op-
pio. Indi, a livello del terzo superiore della cartilagi tiroide, ricercò il la-
ringeo superiore, lo recise, e constatò che gli anim l destarsi dalla nar-
cosi emettevano grida molto rauche. Ispezionando ra la laringe per le
vie naturali, constatavasi che la corda vocale, cor ndente al punto ove
era caduto il taglio, appariva rilasciata, ed il margi ro era concavo (fal-
ciforme). Nella fonazione non si tendeva. Oltre a ci occamenti della mu-
cosa, dallo stesso lato della laringe, non inducevano movimento riflesso.

Da questi esperimenti risultava con evidenza, che ngeo superiore for-
nisce soltanto fibre sensitive alla laringe, ed inner olo muscolo—come
è stato confermato anche da altri autori — cioè il -tiroideo.

Nelle ultime ricerche, dall'A. praticate, egli non le la recisione del ri-
corrente perchè negli esperimenti precedenti era s risultato colla mas-
sima evidenza, che la rispettiva corda vocale riman lizzata in posizione
mediana, senza che venga menomamente alterata la llità della mucosa.

Con queste ricerche e con quelle degli altri auto stato accertata con
sicurezza l'azione del laringeo superiore ed inferior . ecisione del primo
produce il rilasciamento della corda vocale, con m falciforme, mentre
quella del ricorrente produce la posizione mediana corda vocale. Reci-
dendo amendue i nervi, si ha inattività di tutti i m delle corde vocali
con posizione cadaverica delle stesse. Inoltre, d turisce pure, che
un'affezione del dilatatore della glottide, oppure d rente, ha per con-
seguenza la posizione mediana della corda vocale p rimane inalterato il
crico-tiroideo, e che alla posizione mediana subentra cadaverica quando
si recide il nervo del muscolo crico-tiroideo, cioè il sterno del laringeo
superiore. Questo fatto anatomo-fisiologico potrebbe ilizzato anche nella
terapia, perchè la posizione mediana della corda v conseguenza della
paralisi primaria o secondaria del postico, potrebb trasformata in po-
sizione cadaverica recidendo il ramo esterno del l superiore, il che
potrebbe avere una importanza vitale, quando le e vocali, restando
nella posizione mediana, producessero una grave d

In quanto all' accessorio del **Willis**, l'A. per e i rapporti in cui
esso sta coll'innervazione della laringe, ha eseguit rimenti sopra 16
cani. A sei di questi animali recise le fibre dell io decorrenti nel
canale vertebrale, previa narcosi. Nel destarsi da i, gli animali pre-
sentavano paralisi della muscolatura del collo e de diminuita escur-
sione della rispettiva metà del torace, e non pote giarsi sulla zampa
di questo lato. La voce non mostrava nessuna alt L'esame laringo-
scopico non rivelava alcun «fenomeno di abolizion ale» nella laringe.
Uccisi gli animali, l' autopsia confermò che la re ell'accessorio era
ben riuscita.

Da questi sei esperimenti risultava indubbiam e la porzione del

nervo accessorio, la quale promana e decorre nella colonna vertebrale, non contiene fibre motrici per la laringe.

Rimaneva il còmpito di esaminare se l'accessorio contenga fibre motrici per la laringe prima che esso penetri nel forame giugulare, oppure se le riceva dal vago, dopo che è penetrato in detto forame. Su tale riguardo l'A. giustamente fa riflettere che, per risolvere sperimentalmente questa quistione, si doveva recidere l'accessorio nella cavità cranica, prima che esso penetri nel forame giugulare. In fatti, se in questo tragitto contenesse fibre destinate per la laringe, è chiaro che le ha dovuto ricevere durante il suo decorso nella cavità craniea. In caso opposto, sarebbe indubitato che l'accessorio, dopo la sua penetrazione nel forame giugulare, non potrebbe mandare al vago fibre per la laringe, ma invece riceverle. A tale scopo, l'A. ha operato dieci cani, la metà dei quali soccombette alla difficile operazione. Sulla nuca fu fatto un taglio a lembi, la cui convessità era rivolta al cranio, e con esso furono dissecate le parti molli e la muscolatura, finchè fu messo allo scoverto il cranio. Per procacciare una maggiore accessibilità al nervo, fu asportata la porzione posteriore dell'atlante. Indi fu trapanato il cranio fra il seno ed il punto ove penetra l'arteria basilare, e fu asportato ivi un piccolo tratto, onde stabilire una sottile apertura, attraverso la quale si riuscì a recidere l'accessorio, ed in due casi anche ad esciderne un pezzo. Ciò fatto, gli animali furono tenuti sotto la osservazione, e ripetutamente fu esaminata la laringe; però non fu scoverta nessuna anomalia nei movimenti delle corde vocali o della voce. Dopo 24-36 ore gli animali furono uccisi, e fu accertato che la recisione dell'accessorio era ben riuscita.

Questo reperto negativo rende certi che l'accessorio propriamente detto non ha alcun rapporto d'innervazione con la laringe, e che i nervi laringei promanano dal vago.

(*Ungarische Archiv für Medicin.*)
MEYER V.

DESVERNINE — *Diagnosi precoce delle neoplasie maligne — Mixo-angioma maligno peduncolato—Laringoscopia per trasparenza di* Czermak-Voltolini — *Laringoscopia per trasparenza combinata dell'autore.* (*Diagnostico precoz de las neoplasias malignas—Mixo-angioma maligno pediculado—Translaringoscopia de* Czermak-Voltolini — *Translaringoscopia combinata del autor*).

L'Autore, dopo aver tenuto parola delle difficoltà inerenti alla diagnosi, in primo tempo, delle neoplasie maligne, entra difilato a parlare della laringoscopia per trasparenza, e fa rilevare, a titolo di ricordo storico, che l'idea dell'illuminazione per trasparenza fu suggerita per la prima volta da Czermak nel 1858. Si concentra la luce solare sopra un lato del collo, e s'introduce lo specchio laringeo. Però, come giustamente osserva il professor Massei, l'immagine laringea che si ottiene con tale processo è poco distinta, ed è necessario realizzare, negl'individui che si sottopongono a tale esplorazione, due favorevoli condizioni: cioè un collo lungo e sottile, il che non sempre è possibile.

Fu questo uno dei principali motivi per cui questo metodo di esame cadde

ben presto in oblio, giacchè per più di due decenni consecutivi alla relazione di Czermak, pochissimi li applicarono in pratica, e fra di essi va segnalato il Massei, che in qualche caso, e specialmente per esplorare la regione sotto-glottica, mise a profitto, nella illuminazione per trasparenza, la luce artificiale, concentrandola sui lati del collo mediante il riflettore ed un potente apparecchio illuminante. E quantunque queste sue applicazioni fossero rimaste molto limitate, ciò non pertanto egli ne diede una relazione nel Congresso tenuto dai medici italiani a Pisa (1878), Sezione Laringologica, e più tardi in una memoria speciale. Per un pezzo non si fece viva la quistione sulla illuminazione per trasparenza della laringe, finchè il Voltolini, il compianto laringologo di Breslavia, annunziò di averne fatte nuove e proficue applicazione, servendosi di una lampada di Edison, che introduceva nella bocca. Noi, avendo a suo tempo, esposta dettagliatamente la relazione del Voltolini, possiamo ora dispensarci dal ripetere cose già dette, che i nostri lettori potranno consultare nel fascicolo di novembre del 1890.

Il Desvernine, nella importante pubblicazione alla quale ora accenniamo, dice di aver continuate queste ricerche, ed essere riuscito a fare un passo oltre, giacchè finanche in casi nei quali lo stesso Voltolini non aveva potuto accertare, mercè l'illuminazione per trasparenza, se un tumore era benigno o maligno, è riuscito—con una tecnica speciale—a superare queste difficoltà. Egli riferisce che nelle numerose indagini da lui praticate, ha potuto constatare che vi sono sempre due regi n *extralaringee*, *di effetti luminosi speciali, in quanto che vengono prodotte immagini ben distinte*. Questi due spazii sono: il *crico-tiroideo* ed il *tiro-joideo*.

Applicata una l mpada elettrica nel primo spazio, lo specchietto laringeo mostra intensa illuminazione per trasparenza del piano superiore delle corde vocali, e quindi di una parte dei seni del Morgagni. Codesta immagine va gradatamente svanendo verso le pliche ari-epiglottiche.

In quanto alla regione infraglottica, l' A. ha accertato che, durante le inspirazioni lente e profonde, inclinando adeguatamente lo specchio esploratore, si osservano due piani laterali, perfettamente illuminati, che rappresentano, con la immagine sopra-glottica, tutto il territorio anatomico delle corde vocali, non già — si noti bene — nello stretto senso anatomico del Ferrein (sistema di fibre tiro-aritenoidee), sibbene riguardando questi organi in tutta la loro più lata estensione (sistema di fibre tiro-crico-aritenoidee), secondo il concetto di Ducrochet e di Lauth.

Sicchè riassumendo: *lo spazio cricotiroideo è il sito utilizzabile per la illuminazione per trasparenza di tutte le corde vocali.* Il maximum di chiarezza corrisponde alla sua porzione libera, e si estende in due direzioni: superiormente fino alle cavità ventricolari, inferiormente fino alla regione cricoidea. In queste condizioni il segmento anteriore epiglottico, ed il posteriore inter-aritenoideo, vengono percepiti soltanto per la luce che ricevono direttamente dalle regioni illuminate per trasparenza, ed indirettamente da quella scarsa che dà lo specchio faringeo.

Per l' applicazione del foco luminoso nello spazio tiro-joideo, il massimo d'illuminazione corrisponde ai seni piriformi, e si estende dalla parte latero-inferiore della cartilagine epiglottica fino alla regione sopraglottica, in modo che, rimuovendo simultaneamente l'illuminazione crico-tiroidea, il nucleo car-

tilagineo dell'epiglottide projetta un'ombra fusiforme trasversale, situata fra la cavità laringea ed i seni piriformi.

Anche in riguardo alla tecnica, l'A. afferma di aver perfezionato quella di Czermak e Voltolini All'uopo ha fatto costruire un apparecchio speciale, che si compone di una placca metallica, alla quale si articola un pezzo di 16 ctm. di lunghezza, munito di due piccoli archi incandescenti di 6 *volts* ciascuno, rinforzati da una lente convergente. La placca metallica viene fissata alla parte superiore del torace, mercè un nastro. Con uno speciale meccanismo di articolazione e disarticolazione è permesso di determinare a volontà l'altezza, la posizione ed il sito che deve occupare la luce nella regione peri-laringea.

Con questo nuovo metodo e con questa tecnica perfezionata, l'A. ha potuto risolvere il problema di accertare, grazie a la illuminazione per trasparenza, se nei casi di neoplasmi-laringei, la natura del tumore fosse benigna o maligna. Quelli che minutamente riferisce sono davvero interessanti, perchè dalle schematiche figure che li accompagnano, si rileva chiaramente che, mentre con l'esame comune si sarebbe creduto ad un infiltrato poco esteso o ad un tumore impiantato al margine dei tessuti, con quello per trasparenza si rilevano limiti diversi per l'impianto e diffusione, o viceversa; e tutto questo ha un riverbero positivo nella pratica, essendo a tutti ben noto quale importanza ha sul destino dell'infermo lo accertare a tempo se un tumore laringeo sia di indole benigna o maligna.

(*Revista de Ciencias Medicas*, 1893).

MEYER V.

CADOT dott. A. — *La voce eunucoide e la sua cura. (De la voix eunuchoïde, son traitement*).

Malgrado la poca importanza di questa pubblicazione dal punto di vista teoretico, come è riconosciuto dallo stesso A., dal lato pratico, invece, ha un reale vantaggio, perchè divulga una cura (ginnastica vocale), che è di applicazione semplice ed ha risultati certi.

Cadot, innanzi tutto, fa uno studio succinto della laringe e dei suoi muscoli, considerandoli specialmente dal lato della fonazione; al quale riguardo merita di essere rilevata l'opinione ch'egli divide circa l'azione del muscolo tiro-aritenoideo interno, secondo la quale questo muscolo nel contrarsi determinerebbe il rilasciamento della corda vocale (legamento vocale), cioè avrebbe un'azione del tutto opposta a quella del muscolo crico-tiroideo.

Dopo ciò l'A. s'ingegna di spiegare la formazione della voce, e specialmente quella della *voce di testa*, che presenta il medesimo timbro e la stessa disposizione glottica che si osservano nell'emissione della voce eunucoide. A questo proposito ricorda le molteplici teorie che sono state emesse circa il meccanismo di produzione della voce di testa e della voce di petto, le quali teorie, appunto per la loro varietà, dimostrano le grandi divergenze che tutt'ora separano gli autori fra loro, e crede di additare le due ipotesi di Vacher e di Lermoyez, come quelle che contengono una buona dose di verità. Però, egli soggiunge, tra la voce di petto e la voce di falsetto non vi ha soltanto una differenza di altezza, spiegabile sufficientemente in quest'ultima con l'accollamento delle

due corde vocali in dietro, ma vi ha ancora una differenza di timbro, la quale è dovuta a nuove modificazioni delle cavità sopra-glottiche, cioè ad un nuovo adattamento dei cosidetti risonatori, che sono destinati a rendere armonica la voce. La somma delle contrazioni muscolari durante l'emissione della voce di testa e durante l'emissione della voce di petto è la stessa, ma vi ha predominanza di contrazione nella laringe, per i suoni di petto, e nella faringe, per i suoni di testa; di modo che la glottide si rilascia nella produzione dei suoni di falsetto, come dimostra la sensazione subbiettiva che provano gli stessi cantanti. Questa teoria, per giunta, trova a riconferma nei lavori fotografici di Th. French.

Passsa quindi a studiare la voce eunucoide e le condizioni anatomo-patologiche della sua produzione. La dice quasi analoga, per timbro, alla voce infantile, e pel resto crede che si avvicina un poco più al soprano femminile, specialmente per la sua intensità, in vista della maggiore forza pulmonare dei soggetti affetti. Gli sembra facile spiegare la differenza di timbro della voce eunucoide, perchè se negl' individui, che ne sono affetti, la laringe si dispone e si adatta in modo da produrre suoni di falsetto, invece i risuonatori, rappresentati dalle cavità sopra-glottiche, si sviluppano egualmente che le altre parti del corpo, e per conseguenza non più armonizzano con i primi nella stessa maniera come avviene nel fanciullo, donde la differenza di timbro fra le due voci. Una simile differenza di timbro si trova pure fra la voce infantile e quella dell' *eunuco*, perchè in questo, mentre la laringe è andata incontro ad un arresto di sviluppo, i risonatori invece si sono regolarmente sviluppati. Nondimeno nell'eunuco la voce è più armonica e meno stridente di quella che presentano gl' infermi di voce eunocoide, perchè in costoro la laringe, più che essere incompletamente sviluppata, presenta, secondo l'osservazione dell' A., delle grandi dimensioni. Con la voce eunucoide non vuole che si confonda la voce dolce, armoniosa, particolare di certi individui, la cui laringe per le piccole dimensioni si avvicina a quella di donna; ed i *tenorini* ne offrono un tipo.

Indaga poi le condizioni anatomo-patologiche di produzione della voce eunucoide, ed alla domanda: come si comporta la glottide per produrre questo tipo particolare di voce?, egli risponde con i risultati degli esami laringoscopici forniti specialmente da Garel ed in un caso dal referente, secondo cui le corde vocali prendono, durante l'emissione dei suoni, la posizione della voce di falsetto, e giammai hanno trovata una glottide in forma di V, segnalata da Fourniè. In quanto alla coesistenza di uno stato paretico dei muscoli laringei constatato in parecchie osservazioni, l' A. crede attribuirlo ad affaticamento della voce ed alla faringite, disturbi frequenti ad osservarsi negli affetti di voce eunucoide, epperciò non crede che lo stato paretico dei muscoli laringei possa servire di base ad una teoria della voce eunucoide, perchè è lungi dall'essere costante.

Studia, in seguito, i fenomeni particolari della muta della voce, i quali gli permettono formulare una teoria sulla patogenia della voce eunucoide. Constata la relazione intima esistente fra lo sviluppo degli organi genitali e quello della laringe, relazione che spiega la voce particolare dell' eunuco, nel senso cioè che lo sviluppo genitale influisce su quello della laringe. Dice che sono le cartilagini tiroide ed aritenoidi che si sviluppano principalmente du-

rante la muta della voce, specie nel loro diametro antero-posteriore, ed è questo fatto che caratterizza la muta e spiega l'abbassamento della tonalità della voce.

Per formulare la sua teoria, l'A. parte dal fatto osservato nella maggior parte dei suoi infermi di voce eunucoide, che costoro acquistano, dopo la guarigione, una voce di basso assai accentuata. Si sa che le dimensioni della laringe sono press'a poco in rapporto con il tono della voce, e che a misura che la voce si estende nel registro di basso, l'organo vocale si presenta più voluminoso. Ciò spiegherebbe perchè, in coloro che presentano una laringe da basso, lo sviluppo che subirà l'organo vocale all'epoca della muta, non si farà senza difficoltà e senza essere accompagnato da raucedine ed afonia, attese le dimensioni stesse dell'organo. Questo fatto dà all'A. la chiave della voce eunucoide, che per lui non sarebbe altro che una muta persistente e viziosa. In somma, all'A. sembra semplice e razionale ammettere, per spiegare la voce eunucoide, che all'epoca della muta lo sviluppo delle diverse parti della laringe non segue in un modo armonico: l'apparecchio scheletrico si sviluppa più presto del sistema muscolare, il quale così diviene inatto a far muovere regolarmente le cartilagini, e per ciò le corde vocali continuano a produrre suoni di testa. Più tardi, allorchè la laringe ha raggiunto il suo completo sviluppo, la voce infantile persiste per l'abitudine viziosa contratta.

In ultimo, l'A. rivolge la sua attenzione particolare alla cura consistente nella ginnastica vocale, che antepone agli altri mezzi (massaggio, elettricità) per la facilità della esecuzione e per il suo successo. Preferisce il metodo seguito da Garel, che dice differire poco da quello di Fournié, salvochè per la durata della cura, che è molto minore, bastando, per espletarla, una dozzina di minuti. Per fare risaltare gli effetti di questo metodo, riferisce 4 storie cliniche, già edite, di Garel, ed altre 13 non edite.

Ecco il sunto, tirato alla meglio, della monografia di Cadot, ch'è scritta con ordine e linguaggio chiaro, e che contiene, io credo, molte verità intorno all'argomento, le quali però sono difficili ad essere vagliate in tutto il loro grado, non avendo presenti i suoi medesimi infermi. Imperocchè è indubitato che le quistioni relative alla voce eunucoide, nello stato attuale della scienza, sono puramente cliniche e si devono risolvere con lo infermo presente, senza di che non si è libero dalle proprie impressioni ed interpretazioni. Così, per dire anche la mia impressione, a me pare che all'A. siano dovuti capitare dei casi particolari di voce eunucoide, per fargli credere, che la voce eunucoide sia semplicemente una muta persistente e viziosa, mentre, nel fatto, la *muta della voce* è caratterizzata dall'abbassamento di tonalità e la voce eunucoide, invece, dall'elevamento della stessa di un'ottava rispetto a quella normale; e per fargli ritenere che con la ginnastica vocale la voce eunucoide sia guaribile sistematicamente in pochi minuti (in vero, poi, non tutti i suoi infermi sono guariti in così breve tempo), mentre nel fatto ciò non sempre avviene, perchè se la voce eunucoide è, in fondo, un'abitudine viziosa, molte volte quest'abitudine è annosa, e la ginnastica vocale attuata in pochi minuti, potrà prestarsi all'emissione regolare dei suoni, non a togliere l'abitudine, per il che ci abbisogna un maggior tempo. Posta questa considerazione, noi non comprendiamo in che consista la differenza del metodo adoperato da Garel e dall'A., e quello originario di Fournié, se

il metodo rimane lo stesso; ma al postutto potrà dirsi, che il primo procede con maggior risparmio di tempo, l'altro va più a rilento nell'attuare le medesime pratiche respiratorie.

Cadot si è molto avvicinato al vero nella interpretazione della patogenesi della voce eunucoide, ma non crediamo che ciò sia tutto: a noi pare ch'egli abbia individualizzato il tipo di voce eunucoide soltanto nei suoi infermi. Anche quando volessimo con l' A. differenziar fra loro: la voce eunucoide, la voce dell' eunuco, la voce infantile, quella da tenorino ecc., nei casi pratici non sempre è così facile distinguere questi tipi. Checchè ne sia, noi abbiamo avuto l' opportunità di constatare tre fatti: 1° che vi sono casi di voce eunucoide, in cui l'apparato muscolare della laringe si presenta realmente paretico ed alquanto atrofico; 2° casi nei quali la ginnastica vocale richiede un maggior tempo che una dozzina di minuti; 3° e casi i quali sono accompagnati da atrofia o da anomalia di qualche testicolo o da deficiente sviluppo di altri parti del corpo. Se questi fatti sieno del tutto accidentali e non abbiano il loro valore nella patogenia della voce eunucoide, è il dubbio che tuttora ci rimane.

TRIFILETTI.

GARNAULT dott. P. — *Il massaggio vibratorio ed elettrico delle mucose — sua tecnica—suoi risultati nella cura delle malattie del naso, della faringe, degli orecchi e della laringe. (Le massage vibratoire et électrique des muqueuses, sa technique, ses résultats dans le traitement des maladies du nez, de la gorge, des oreilles et du larynx).*

Mentre riserviamo ad altra occasione i nostri apprezzamenti su codesto metodo curativo, ci limitiamo pel momento, a rilevare, dalle *conclusioni* poste in fine a questa accurata monografia, quale sia il concetto e l' importanza dell' argomento.

Il massaggio vibratorio ed elettrico interno consiste nell' applicazione sulle mucose, specialmente su quelle delle vie respiratorie, di piccole scosse frequentissime (non meno di 500 a minuto) e regolarissime, a mezzo di una sonda, la cui estremità è circondata di ovatta, impregnata o non, secondo i casi, di diversi medicamenti, e che è messa in movimento per la contrazione dei muscoli del braccio ed in alcuni casi mediante un vibratore meccanico.

Il massaggio vibratorio esterno, applicato sulla superficie della pelle, consiste in una serie rapida e regolare di scosse trasmesse per le dita e prodotte nel braccio. Questo metodo agisce d'una maniera speciale e favorevole sulle condizioni della nutrizione, sull' infiammazione dei tessuti e la sensibilità nervosa. Il massaggio vibratorio interno agisce nella stessa maniera, ed ancora più efficacemente, sulle mucose; però alla sua azione può aggiungersi quella dei medicamenti, dell'elettricità e delle acque termali.

La clinica ha mostrato, per queste due specie di massaggio, che l' assoluta regolarità delle vibrazioni, l'assenza di rigidezza nel braccio che le produce e la loro frequenza più o meno grande, secondo la natura delle affezioni in cura, sarebbero le condizioni assolute della buona applicazione delle vibrazioni. Se queste condizioni non sono raggiunte, il massaggio vibratorio interno o esterno diventa dannoso e nocevole.

La tecnica di questo massaggio è assai lunga ad acquistarsi; bisogna, prima di usarlo, servirsi dei due metodi d' educazione consigliati (tavola o

bicchiere d'acqua, e registratore di Marey); ed anche quando si crederà d'avere acquistata l'abilità necessaria, bisognerà ricorrere a questi processi, per conservare la leggerezza della mano e controllare l'esecuzione delle vibrazioni.

Il *vibratore* che l'A. ha fatto costruire, crede egli molto superiore agli altri, perchè fornisce simultaneamente vibrazioni trasversali e vibrazioni assiali, e queste vibrazioni non sono mica delle scosse, ma delle ondulazioni. La clinica ha dimostrato, per le due specie di massaggio, che le onde sono molto superiori alle scosse; ma il vibratore non può essere preferito alle vibrazioni manuali, almeno pel massaggio vibratorio interno, che in un piccolo numero di casi. Quest'istrumento è mosso dall'elettricità.

L'elettricità, di cui l'A. ha proposto l'impiego e la combinazione al massaggio vibratorio interno, è adoperabile, sotto diverse forme, a seconda dei casi. Essa costituisce, in molte affezioni, un aiuto dei più preziosi del massaggio vibratorio interno.

In quanto alle varie indicazioni terapeutiche che suggerisce il detto metodo ed in quanto ai risultati felici che se ne possono ottenere, noi anzichè prolungarci nelle ulteriori *conclusioni*, alle quali l'A. giunge, riferiamo soltanto in generale, che tali indicazioni proprie e tali benefici effetti si avrebbero non solamente nelle varie affezioni catarrali, ma ancora in malattie reputate fin'ora inguaribili, quale sarebbe l'ozena. Risultati egualmente brillanti si sarebbero avuti nelle cosidette nevrosi riflesse e nelle infiammazioni acute della mucosa delle vie respiratorie superiori, ed indirettamente anche in varie malattie dell'orecchio e degli occhi, per l'azione dello stesso massaggio sulle malattie del naso e della faringe. Così è a dire dell'amigdalite acuta, dell'edema laringeo con laringo-stenosi ecc., nonchè di alcune paralisi laringee, delle parastesie faringee, ecc.

Il massaggio vibratorio ed elettrico interno delle mucose, in somma, costituirebbe un metodo di molto superiore a tutti gli altri che sono stati adoperati nella cura delle affezioni della mucosa delle vie respiratorie. Il solo inconveniente che questo metodo presenterebbe, secondo Garnault e gli altri che se ne sono occupati *ex professo*, sarebbe quello di esigere un lungo tirocinio di pratica e di esporre a gravi inconvenienti, allorchè sia applicato da mani inesperte.

Ecco, dunque, la posizione delle cose come ce la espone il dott. Garnault, e che noi, da puri cronisti, abbiamo soltanto tenuto a fedelmente narrare.

TRIFILETTI.

SCHMIDT prof. M.—*Le malattie delle prime vie respiratorie*. (*Die Krankheiten der oberen Luftwege*).

Di questo voluminoso libro, scritto da uno scienziato universalmente e meritamente stimato, non è possibile dare un sunto, senza prima studiarlo.

Ma è un dovere salutare questa novella pubblicazione ed informarne i lettori di questo giornale, perchè il nome dell'A., l'indice del libro e lo splendore della edizione (editore è il signor J. Springer di Berlino) sono indizi di un grande acquisto che la nostra specialità ha fatto. Basta scorrerne le pagine, per accorgersi presto che gl'insegnamenti clinici: «*aus die Praxis für die Praxis*», sono opportunamente disposati alle moderne vedute scientifiche, nel campo delle quali lo Schmidt non ismentisce la meritata fama di maestro.

MASSEI.

SOCIETÀ LARINGOLOGICA DI BERLINO

Seduta dell' 11 febbraio 1894.

Il professore Moritz Schmidt offre la sua recente Opera sulle « Malattie delle vie aeree superiori ».

Prima di passare all'ordine del giorno, Schadewaldt presenta due infermi, uno dei quali è affetto da tubercolosi pulmonale, e durante l'inizio della malattia apparvero ulcerazioni laringee, che guarirono mediante frizioni con chinolina. Non ha guari, apparve un'altra ulcerazione laringea, che fu parimenti trattata colle stesse frizioni (fu fatto uso di creolina non diluita, in quantità di una grossa cucchiajata per volta). Al pari che nella sifilide, le frizioni debbono essere praticate per lungo tempo, variando alternativamente i punti della pelle. L'assorbimento del farmaco è rapido e sicuro. Però Schadewaldt non crede che in ciò trattisi di un'azione specifica. Non si è prodotta l'albuminuria. Nel secondo caso egli ha fatto diagnosi di aneurisma, quantunque i sintomi non fossero tipici. Si produsse una paralisi completa del ricorrente.

Rosenberg presenta una inferma, la quale ha sofferto contrazioni del velopendolo, che si seguivano ad intervalli regolari di circa tre secondi. Si riusciva a farle cessare deviando l'attenzione dell' inferma sopra un fatto qualsiasi. Si accompagnavano a leggieri colpi di tosse, e furono riguardate come un fenomeno di natura isterica. Col bromuro di potassio si è riuscito a ridurle ad un minimum.

Schoetz mostra un dente soprannumerario che era protruso nella cavità nasale, e colla sua estremità irritava il cornetto inferiore. Fu estratto col cucchiajo tagliente curvo. La convessità del palato era normale. Il continuo stimolo che esercitava, aveva prodotto tumefazione della mucosa e stenosi.

Heymann riferisce cinque casi di polipi del setto nasale. Però, il punto d'impianto era, benchè a diversa altezza, nella porzione anteriore del setto. Il loro volume variava, su per giù, da una lenticchia ad una noce avellana. I sintomi principali erano costituiti da emorragie, dolori e disturbi della respirazione.

In una giovane di 17 anni durante lo spazio di quattro mesi vi furono due recidive. In altri due finora nessuna recidiva. All' esame microscopico fu sempre constatato — come base del tumore — un lasco connettivo con numerose lacune vasali. Nervi e glandole non vi furono rinvenuti. In diversi punti stravasi emorragici. L'A. presenta i rispettivi preparati.

Nella discussione tenuta sulla relazione clinica di Schoetz, il Passow menziona alcuni esperimenti da lui fatti con pennellazione di guajacol, a dose di 2 a 3 grm., sulla pelle, a scopo puramente antipiretico. Però, la reazione

fu così intensa, ed i fenomeni di collasso così gravi, che egli si crede autorizzato di ammonire i colleghi a non fare ulteriori esperimenti sul guajacol.

Schadewaldt dichiara che egli finora ha adoperato il guajacol in forma di unguento diluito (e propriamente nel grado di concentrazione del 40 al 50 °/₀), e non ha mai constatato qualche danno.

Alexander afferma che nei casi di polipi del setto nasale, da lui osservati nella clinica universitaria, il reperto microscopico era diverso da quello riferito da Heymann. Egli vide cellule rotonde, annidate in un esile reticolo. Constatò piccoli stravasi sanguigni, ma nessuna lacuna vasale. In un secondo caso, il connettivo del peduncolo si era avanzato fin nel tumore, sparpagliandovisi a forma di ventaglio. Sulla superficie del tumore decorrevano grossi vasi venosi. L'epitelio aveva spiccato propaggini nel tumore, ed in un punto aveva formato una saccoccia. In un terzo caso l'esame fece rilevare soprattutto connettivo, infiltrazione di cellule rotonde sulla superficie, e glandole in profondità.

Scheinmann domanda se l'operazione impedì l'emorragia, e se fosse stato sempre possibile di evitare la perforazione del setto.

Katzenstein ricorda che il Voltolini consigliò di non procedere alla estirpazione dei vasi, giacchè può verificarsi una emorragia colossale.

Scheier dichiara che in un caso vide una emorragia, che a stento potette essere frenata.

Heymann dice che una volta dovette interrompere l'operazione, per fare il tamponamento. Nel caso in cui vi fu la recidiva, l'emorragia si verificò quando furono asportati i polipi che si erano riprodotti.

Passando all'ordine del giorno, Scheinmann afferma che egli desidera di tener parola soltanto delle gomme della mucosa nasale, che risiedono sulla parte laterale del naso, e non sono esulcerate. Sono rare; però, finora egli ne avrebbe osservato tre casi. Ne descrive minutamente uno, nel quale eravi una tumefazione dura del cornetto. La rinoscopia posteriore faceva rilevare una profonda ulcerazione della faringe. Col trattamento antisifilitico si ebbe guarigione completa. Negli altri due casi, il quadro patologico era lo stesso. Per la parete laterale del naso sarebbero caratteristici la consistenza dura, il colore inalterato ed il graduale passaggio dalla configurazione normale nella tumefazione.

Schoetz dichiara che nella descrizione data da Scheinmann non risaltano sintomi molto spiccati e caratteristici. Non ha potuto forse trattarsi di una semplice tumefazione flogistica.

Lublinski si meraviglia che la grossa ulcerazione, risultante da noduli gommosi esulcerati, abbia avuto un decorso del tutto indolente. Anch'egli dubita che vi sia stata una gomma nel cornetto.

Scheinmann risponde a queste obbiezioni facendo rilevare che la consistenza dura depone contro la supposizione che abbia potuto trattarsi di una tumefazione flogistica. Inoltre, insiste nel far notare la rapida risoluzione del processo col trattamento antisifilitico.

Seduta del 12 gennaio

Prima di passare all'ordine del giorno, Kronemberg presenta un caso

di tabe, nel quale la diagnosi fu stabilita in base al reperto laringoscopico. Da due mesi si constata che la corda vocale destra è quasi in posizione mediana con leggiero movimento all'esterno; a sinistra, codesto movimento è alquanto più accentuato, fino a raggiungere la posizione cadaverica. Nella fonazione, contrazioni a scatto accentuatissime della corda vocale sinistra. Non si sono ancora sviluppati taluni sintomi ordinari della tabe. Oggi l'esame laringoscopico fa rilevare una posizione mediana della corda vocale destra, e quasi mediana della sinistra. Alle cennate contrazioni è subentrato un leggiero tremore.

Grabower dice potere esporre il reperto necroscopico di un caso non ha guari presentato. La diagnosi di tabe fu confermata. Inoltre si rinvenne un antico aneurisma aortico, che aveva usurato il corpo della prima e della seconda, nonchè dell'ultima vertebra toracica. Sicchè la paralisi del ricorrente, che quest'infermo aveva presentata in vita, non era di origine centrale, ma periferica, e propriamente dovuta a compressione del ricorrente. Inoltre, Grabower presenta un preparato, che mostra la separazione delle limitrofe fibre radicali dell'accessorio e del vago.

Sul caso di Kronenberg, Rosenberg fa riflettere che le contrazioni sono abbastanza evidenti. Inoltre, menziona parecchi casi, da lui osservati, nei quali parimenti la tabe si manifestò primariamente con i peculiari sintomi laringei.

Scheinmann, riferendosi al caso di crampi clonici dei muscoli della faringe, che mostrò nella seduta precedente, fa rilevare che anche nella laringe gli adduttori si contraevano con pari frequenza, tranne durante la fonazione.

Passando all'ordine del giorno, Landgraf tiene parola della Patologia del palato molle.

Afferma che le parastesie in questo dominio possono presentarsi in:

1) isterici (ed in tal caso decorrono con lievi alterazioni anatomiche);

2) in persone nelle quali le lesioni anatomiche sono gravi, però havvi una base neuropatica evidente o probabile;

3) in persone senza alcun fondo neuropatico, con alterazioni bene localizzate.

Nella prima di queste categorie egli annovera un caso da lui osservato, nel quale trattavasi di un individuo con iperplesia palato-tonsillare, che si estendeva molto in alto, ed il quale accusava le sensazioni parestesiche sempre a sinistra. Dalla porzione tonsillare superiore, speciali seni, in amendue i lati, conducevano nel territorio uvulare. L'O. afferma che nella Letteratura è registrato soltanto dal Tortual (1846) un caso simile a quello da lui osservato. Landgraf riguarda queste produzioni come tonsille accessorie. Non ha guari ne ha osservato un altro del tutto analogo. In un terzo caso, nel quale mancava l'iperplasia tonsillare, sotto l'arcata palatina anteriore eravi una produzione spostabile, grossa quanto una lenticchia, ed il Landgraf la riguarda parimente come tonsilla accessoria.

Fraenkel dice che già per lo passato egli richiamò l'attenzione sulla esistenza di fistole branchiali al di sopra delle tonsille. Egli ha veduto seni che conducevano fin nelle tube, e per lo più ottenne la guarigione incidendoli.

Seduta del 23 febbraio

Prima di passare all'ordine del giorno, vengono presentati alcuni infermi nonchè alcuni preparati istologici.

Scheinmann presenta una inferma con sarcoma nel cavo naso-faringeo. Il palato molle è sporgente. Il tumore ha una consistenza molto dura, e si è già prodotta una tumefazione delle glandole linfatiche di questa regione. La superficie del neoplasma è ineguale. L'esame istologico di un frammento esciso ha fatto rilevare che trattasi di sarcoma.

Herzfeld presenta due infermi con fenditure palatine laterali. Il primo le ha, ad amendue i lati, nell'arcata palatina anteriore, il secondo, a destra nell'arcata palatina posteriore. In entrambi nessun disturbo della deglutizione e della fonazione. Inoltre, Herzfeld afferma di avere osservato un terzo caso completamente analogo.

Flatau mostra il preparato microscopico di un caso di tumore maligno del cavo naso-faringeo. Trattavasi di un uomo a 68 anni, con stenosi nasale assoluta, bilaterale.A sinistra il tumore chiudeva la narice. Uno dei medici curanti aveva iniziato un trattamento con la galvanocaustica; però, si ebbe una emorragia tanto profusa, che si dovette sospendere codesto trattamento. In una seduta il neoplasma fu esciso col bisturi e colle forbici, e si notò allora, che tutti i cornetti erano inglobati in esso. A destra il tumore aveva spostato il setto contro la parete laterale, sana, del naso. Nel centro della porzione ossea del setto era rimasta soltanto una esile parete, che fluttuava a mo' di vela. L'esame microscopico fece rilevare che trattavasi di un cancro epiteliale. L'infermo si sottrasse all' ulteriore trattamento.

Meyer ha osservato una giovane con angina lacunare. Anche il fratello fu affetto dalla stessa malattia, senza che il decorso in entrambi avesse presentato una qualche differenza. Più tardi fu accertato, che dopo una riunione, tenuta una sera, un gran numero dei convenuti ammalò repentinamente : alcuni furono attaccati da grave difterite settica, che condusse alla morte, gli altri da angina. Al quinto giorno della malattia, Meyer nel secreto delle lacune tonsillari constatò bacilli della difterite. — È degno di nota che il figlio dell'oste affetto da difterite, fu il focolaio dal quale s'irradiò il contagio. In tre fra tutti questi casi l'inoculazione durò 24 ore.

Nella consecutiva discussione, Rosenberg conferma che le fenditure palatine non sono molto rare; mentre il Flatau accenna a quelle incomplete, che parimenti si presentano in forma simmetrica nell' arcata palatina anteriore.

1) Passando all' ordine del giorno, Scheier riferisce sopra due casi di polipi sanguinanti del setto nasale. Nell'asportazione coll'ansa fredda, l'emorragia fu molto considerevole. In uno trattavasi di linfangioma, nel secondo di un fibroma ricco di cellule. Nel primo caso, dopo otto giorni si ebbe una recidiva; nel secondo, nessuna.

Scheinmann domanda a Scheier chiarimenti circa la superficie del tumore ed il decorso dell'emorragia ; al che questi risponde che nel caso di fibroma, la superficie era liscia, mentre nell'altro era bernoccoluta. L'emorragia si arrestò dopo l' estirpazione.

Heymann dice che è avvenuta una seconda recidiva in un caso da lui riferito. Le recidive si sono annunziate coll' emorragia.

2) Herzfeld parla sulle affezioni del seno sfenoidale, e fa rilevare che alle prime osservazioni, fatte sul proposito da Zuckerkandl e da Schaeffer, ne sono seguìte ben poche altre. Indi, riferisce le storie cliniche di quattro casi, due dei quali erano complicati a carie dell' etmoide, ed il terzo ad empiema del seno mascellare. Nel quarto infermo eravi una ulcera corneale. In questo caso non si ebbe la guarigione, ma le sofferenze scemarono dopo aperto il seno. Non si potette accertare alcun nesso coll' affezione oculare. Herzfeld suppone che alla produzione della cefalea debba concorrere un fondo neurastenico, perchè essa non fu costante nei suoi quattro casi. I sintomi subbiettivi non sono utilizzabili per la diagnosi. Maggior valore hanno, su tale riguardo, l'esame con la sonda ed il constatamento del pus fra il cornetto medio ed il setto. Importante è altresì la tumefazione del setto, dovuta ad irritazione cagionata dal secreto, ovvero a diffusione di una periostite. Nei casi dubbi, il lavaggio esplorativo pone sulla via della diagnosi esatta.—Dal punto di vista etiologico, Herzfeld fa rilevare, che in due casi potette constatare soltanto la tonsillite, nel terzo l'erisipela. — Relativamente alla cura, fa notare che spesso il sondaggio non è attuabile attraverso la via naturale. Per l'apertura del seno, raccomanda di spingere, accanto alla sonda di Schaeffer, un adatto perforatore.—In ultimo accenna ad alcune anomalie anatomiche, come per es. la mancanza del setto, oppure di tutto il seno, ecc.

FLATAU (Berlino).

VARIA

Questo fascicolo , pubblicato ad arte con qualche giorno di anticipo, precede di pochi giorni, la grande festa scientifica internazionale, alla quale un largo contributo porteranno la Laringologia e la Rinologia, ciò che desumiamo dal programma e dalle numerose adesioni. Noi facciamo voti perchè il ricordo d'Italia sia indissolubilmente ligato a quello del XI Congresso Internazionale, e che soprattutto i cultori di Laringologia e Rinologia Italiani possano mantenere ed accrescere il prestigio che la nostra Scuola seppe conquistarsi nelle precedenti gare. Siamo sicuri che dei nostri Colleghi nessuno mancherà all'appello, e tutti degnamente concorreranno ad un completo successo; del quale ampiamente diremo nel prossimo fascicolo, sicuri che i fatti supereranno le previsioni.

***

L' *Unione tipografico-editrice Torinese* ha testè pubblicato l' Atlante del Dottor Onodi di Budapest « *Le cavità nasali ed i seni annessi* » di cui fu dato annunzio nei precedenti fascicoli, avendone il Professore Massei tradotta la descrizione che accompagna le 12 stupende tavole.

L'edizione italiana, per le cure spesevi dalla solerte Casa, non è punto inferiore alla tedesca, ed il mite prezzo renderà accessibile a tutti questo prezioso libro.

Dirigere le domande alla detta Casa in Torino, o Napoli.



PARTE ORIGINALE

SIFILOMA INIZIALE DELLA FOSSA NASALE DESTRA (1)

Dott. ARSLAN YERWANT

Direttore della Divisione delle malattie della gola del naso e dell'orecchio
della Poliambulanza Medico-Chirurgica di Padova.

Fin' ora i casi di sifiloma iniziale delle fosse nasali, descritti nella letteratura medica, ascendono appena ad una decina.

Della rarità di questa localizzazione del sifiloma abbiamo una prova passando in rivista qualcuna delle statistiche dei sifilografi: Jullien (2) di 199 sifilomi extragenitali (su un totale di 2050) non ne cita neppure un caso delle fosse nasali. Così dicasi della casuistica del Breda (3), ove di 764 sifilomi, 44 sono extragenitali, e nessuno che appartenga alle cavità nasali. Anche il Salsotto (4) ultimamente nella sua statistica di 201 sifilomi extragenitali non accenna a nessun caso delle fosse nasali.

La trascuranza di praticare l' esame *rinoscopico* ha reso ancor più rara questa localizzazione della lesione iniziale della sifilide.

Il primo a descriverla con dettaglio fu Spencer-Watson (5). Dopo di lui, altri autori pubblicarono varii casi: Rasari (6), Dupond (7), Moure (8), Cozzolino (9), Hicguet, Marfan (10), Moure (11), e poco fa il dott. Cimmino (12).

Però, prima di questi autori, qualche caso era pubblicato da Mac-Carthy, Nettleslip, Rallet, Fournier ecc. (13), ma senza una descrizione speciale.

L' importanza di poter istituire una precisa diagnosi del sifiloma della fossa nasale fin dalla prima visita, è assai grande. Come giustamente osserva il Cimmino, questo non solo è importante dal lato della profilassi e della terapeutica, ma per evitare che non avvengano con-

---

(1) Comunicazione fatta al XI Congresso Internazionale di Roma.
(2) Jullien — Traité des maladies Vénériennes etc. pag. 533-534.
(3) Manuale pratico delle malattie veneree e sifilitiche. Padova, pag. 239.
(4) Salsotto — Sifilomi extragenitali ed epidemie di sifilide — Torino, 1892.
— Annales de dermatologie etc. 1893 N. 5.
(5) Medical Times and Gazette, 16 aprile 1881.
(6) Gazzetta degli Ospitali. N. 93. 1885.
(7) Etude sur la syphilis du nez. Paris, 1887.
(8) Revue de Laryngologie. N. 1. 1888.
(9) Rivista clinica dell'Università di Napoli. N. 1. 1889.
(10) Annales de Dermatologie et Syph. 25 giugno 1890.
(11) Revue de Laryngologie, pag. 461. 1892.
(12) Boll. mal. orecchio, gola ecc. N. 2. 1894.
(13) Moure. Traité Pratique des mal. des fosses nasales. Paris, 1893.

tagi su altri ammalati per colpa nostra, perchè per un errore diagnostico, oggidì non giustificato, le nostre mani e gli strumenti possono servire da veicolo.

Onde crediamo far cosa utile pubblicando un caso tipico di un sifiloma iniziale della fossa nasale destra, assai interessante riguardo all'eziologia ed alla sintomatologia.

Nel 1893 (4 ottobre) si presentò alla mia Divisione della Poliambulanza Medico-Chirurgica, una giovane donna, Teresa R., di anni 20, da Volta Barazzo (Prov. di Padova), accusando forti dolori a tutta la metà destra del capo, accompagnati dai sintomi di una rinite acuta destra (otturamento della fossa nasale, lacrimazione, spurgo mucopurulento, respiro ostacolato ecc.). Da due giorni, a questi fatti, che datavano da circa due settimane, s' aggiunsero tumefazione assai dolente della regione sottomascellare destra e della parte laterale esterna del naso, prostrazione di forze, insonnia, qualche febricciattola e malessere generale.

La paziente, di costituzione robusta, godette sempre ottima salute. Nulla dal lato ereditario. È incinta di pochi mesi. Esternamente si rileva che a destra la regione infraorbitale e quella laterale del naso sono tumefatte, rosse, dolenti al minimo tocco. Colla palpazione molto accurata si giunge a limitare, circa un centimetro dopo la pinna nasale, una tumefazione a superficie piana, assai dura, a margini abbastanza bene distinti, che solleva la parete esterna della fossa nasale destra.

Alla regione sottomascellare destra esiste forte ingorgo ghiandolare, alquanto doloroso alla pressione. A sinistra l' adenite è molto più limitata. La ghiandola preauricolare del lato destro è appena sensibile, due ghiandole alla regione retro-cervicale ingrossate.

L' esame della cavità orale e della faringe riesce negativo.

Alla rinoscopia posteriore, la coana destra è occupata da un ammasso biancastro; la sinistra è libera.

All' esame delle fosse nasali, la sinistra si trova pervia, eccetto una lieve deviazione del setto. A destra, subito dopo l' apertura esterna della narice, la fossa è otturata da una massa bianco-grigiastra, che a modo di pseudomembrana occupa la meta superiore della cartilagine quadrangolare, estendendosi fino alla parete superiore. Togliendo col cotone lo strato di essudato, si mette in evidenza una ulcerazione a superficie lardacea, in qualche punto fungosa, a margini irregolari, facilmente sanguinante e di consistenza assai dura. La mucosa che la circonda è fortemente iperemica.

Questi caratteri da noi brevemente descritti, ci misero nel sospetto di trattarsi di un sifiloma, sebbene la paziente non presentasse nessun' altra manifestazione celtica in quel momento.

Per i primi giorni ci siamo limitati ad una semplice disinfezione locale della fossa nasale destra.

Dopo circa 10 giorni non tardarono a completare il quadro sintomatologico la roseola caratteristica, le ostealgie, la cefalea notturna e l'estensione delle adeniti specifiche. L'ammalata da questo giorno fu sottoposta alla cura mercuriale (protojoduro) unita ai soliti gargarismi di clorato potassico e acido borico.

Il 26 dello stesso meso comparvero delle placche mucose in gola ed alle labbra. Nulla agli organi genitali.

Dopo pochi giorni dacchè avevamo istituito la cura specifica, cominciò il miglioramento: scomparsi i dolori della metà destra del capo, diminuita la cefalea, la fossa nasale affetta s'era fatta più pervia, la tumefazione delle parti suaccennate andava rapidamente riducendosi, così pure la roseola. Persistevano le placche, estendendosi anche alla parete posteriore del rinofaringe.

Nel corso della cura, precisamente ai primi di gennaio di quest'anno, la paziente abortì un feto di 6 mesi in istato di macerazione.

Il 12 marzo 1894, l'ultima volta che noi vedemmo l'ammalata, si poteva dire guarita dalle manifestazioni che presentava. Esaminata la fossa nasale destra, si trova, nella località dell'ulcera dura, un tessuto cicatriziale, di consistenza ed aspetto fibroso, che segue il setto cartilagineo e va a finire fino alla parte superiore, restringendo il lume della cavità nasale. Lo stato generale è buonissimo. Funzioni digerente e respiratoria, normali.

Ora, riassumendo la sintomatologia presentata dalla nostra paziente, abbiamo un gruppo di sintomi così caratteristici, da condurci *d'emblée* alla diagnosi del sifiloma delle fosse nasali: otturamento e spurgo unilaterale del naso con fenomeni acuti, dolore più o meno vivo alla regione sottorbitale diffondentesi quasi a tutta la metà corrispondente del capo, adenite specifica e dolente della regione sottomascellare dello stesso lato, tumefazione della cavità nasale affetta e anche delle parti vicine, lacrimazione, prostrazione delle forze, malessere, un pò di febbre verso sera, aspetto e consistenza dell'ulcera intranasale, ecc. La sopragiunta delle altre manifestazioni e l'esito della cura mercuriale vengono a confermare maggiormente la diagnosi.

Nel nostro caso cercammo di spiegare il modo, con cui avvenne il contagio. Il marito, che nelle prime visite si tenne in un grande riserbo, dopo le nostre insistenze ci confessò di avere delle manifestazioni secondarie in gola da un anno. Difatti, esaminato, riscontrammo delle placche mucose sulle tonsille. La moglie frequentemente (a quanto ci fu raccontato) portava le sue mani nella bocca del marito; così il mezzo del contagio furono le sue dita, che ella aveva il vizio di portare spesso e frugare nel proprio naso.

Ecco un altro dei tanti pericoli che può correre chi è vittima di una tale brutta abitudine!

SU DI UN CALCOLO TONSILLARE.

Nota clinica e chimica

pel Dott. F. A. CAMPENNI (di Nicotera) **e il Prof. F. ARENA** (di Napoli)

Il dottor Fortunato Alberto Campenni, tempo fa, rimise gentilmente a codesta Redazione, un calcolo tonsillare, da lui estratto, che per la mole, veramente si può dire eccezionale. Il Direttore di questo giornale, Presidente della Sezione Laringologica al Congresso Internazionale di Roma, credette opportuno presentarlo ai colleghi, convenuti in Roma, e tutti ne furono compiaciuti.

In seguito, a compimento della storia clinica che accompagnava il calcolo, egli ha creduto utile pregare il Prof. Arena, la competenza del quale è a tutti nota, perchè si benignasse praticare l'esame chimico del calcolo stesso; e poichè il detto Professore ha, con amore e dottrina, compita questa analisi, la Redazione è ben lieta di poter ora pubblicare la narrazione clinica fatta dal dottor Campenni e la importante analisi del prof. Arena.

Storia clinica.

Tonsillite cronica con concrezioni calcaree nei sacchi ciechi della tonsilla sinistra.

Caterina Brosio, di Antonino, contadina, di Nicotera (prov. di Catanzaro), di anni 18, di buona costituzione organica, maritata da circa due anni, ed attualmente gravida da 8 mesi, due anni or sono—poco prima di andare a marito—soffrì di tonsillite bilaterale acuta, e ne guarì con gargarismi di clorato di potassio e pennellazioni di benzoato di sodio ed acido tannico nella glicerina.

Da allora non la rividi più: però ha dovuto restar diminuita su quella località la resistenza dei tessuti, ed il ricambio materiale delle glandole esserne alterato; di fatti oggi, 25 gennaio 1894, mi si ripresenta dicendomi « di aver sofferto di tanto, in tanto con la gola; che da parecchi mesi soffriva un fastidio alla tonsilla sinistra, massime nella deglutizione, e che due mesi or sono sentì venirsi in bocca dalla faringe come un pezzetto di osso ».

Osservata la faringe, trovo la tonsilla sinistra alquanto tumefatta ed un poco sporgente fuori del pilastro corrispondente, e dagli orifizii dei

sacchi ciechi di essa si vede comparire una sostanza bianco-giallastra, la quale—specillata—fa percepire dei corpi scabrosi e resistenti come di sostanza-calcarea.

Incise le piccole aperture dei sacchi ciechi della tonsilla, ed impedendo con una spatola che i suddetti corpi estranei potessero cadere nella faringe, con pinzetta da polipi curva, estraggo tre concrezioni, una delle quali più grossa, di forma irregolare, di natura calcarea, del peso complessivo di grammi 3. Disinfetto la parte con soluzione di acido fenico al 2,50 0[0] portata sulla località a mezzo di batuffoli di cotone antisettico, frenando così anche una piccola emorragia. Dopo di che, prescrivo dei gargarismi con soluzione di clorato di potassio al 2 0[0], e dopo due giorni tutto è tornato al normale, non osservandosi altro sulla tonsilla sinistra, che le piccole cicatrici delle incisioni eseguite.

Descrizione ed analisi chimica del calcolo.

Ecco i disegni del maggiore fra i tre frammenti presentati, guardato in tre posizioni differenti.



La forma è irregolare. Due fra le superficie che lo racchiudono sono ondulate irregolarmente e formano con il loro incontro un deciso angolo acuto in dietro, avente però lo spigolo leggermente curvilineo. Tali facce sembrano prodotte dal distacco d' un altro pezzo e la frattura provocata da un colpo di martello.

Tutte le altre facce formano una sola e continua superficie curva, anch'essa irregolare, che ripiegandosi va ad unirsi con le facce già descritte.

Per avere una idea, in qualche modo esatta, del frammento in parola, esso potrebbe paragonarsi ad una mela che con la sola forza delle mani (senza coltello) si divida in due e l'una delle parti si suddivida ancora in due alla stessa maniera.

Le massime dimensioni del frammento sono:

lunghezza, millimetri 15 (metri 0.015)
larghezza, millimetri 13 (metri 0.013)
altezza, millimetri 9 (metri 0.009).

N. B. L'intera superficie curva ha un' apparenza del tutta differente dalle altre e pare come se avesse subito un principio di leggerissima corrosione.

Disegno del 2.° tra i frammenti, avente forma piuttosto allungata.



Di forma irregolare, presenta pure delle superficie piane ondulate, ed altre curvilinee. Sembra provveniente da un altro pezzo da cui sia stato distaccato.

Le sue massime dimensioni sono:

lunghezza, millimetri 16 (metri 0.016)

larghezza, {minima: millimetri 8 (metri 0.008); massima: millimetri 4 (metri 0.004)}

altezza, millimetri 6 (metri 0.006).

Disegno del 3.° frammento.



Massime dimensioni:

lunghezza, millimetri 10 (metri 0.010)

larghezza, millimetri 9 (metri 0.009)

altezza, millimetri 6 (metri 0.006).

I tre frammenti, che complessivamente hanno il peso di grammi due e 290 milligrammi, non presentano alcuna forma determinata; le superficie però sono levigate, ed in varii punti macchiettate da piccole chiazze rosse-brune; il resto è di colore bianco grigiastro, il quale con la polverizzazione, prende un colore più intenso che va al roseo molto pallido.

Questo fatto si deve alla intima mescolanza di quelle macchie rosso-cupo disseminate sulle superficie.

I frammenti concrezionati non presentano forte resistenza all'azione meccanica della polverizzazione, e per dare una idea comparativa della loro durezza, si potrebbero uguagliare alla terza categoria della scala mineralogica del naturalista tedesco Mohs, della di cui classe egli prende come esempio lo spato calcareo.

Io non sarò a dire tutti i metodi di analisi praticati per giungere alla costituzione chimica di questa concrezione; dirò solo che le macchie sono state riconosciute per sangue umano, che nei frammenti si trovava, disseccato, oltre al sangue, anche del muco, e che la massima parte della sua costituzione si deve a fosfato tricalcico, con tracce di magnesia.

Mancano completamente l'acido urico libero e combinato.

Così che la concrezione può ritenersi costituita da sostanze organizzate (sangue, muco), e da materie minerali (fosfato calcico, con tracce di fosfato di magnesio).

IL FONOGRAFO

Sua importanza fisica, fisiologica e clinica

Pel Dottor J. MOUNT BLEYER (di New-York)

Traduzione libera del dottor A. Damieno (1)

Cinque anni fa, il *fonografo* era un libro chiuso a tutti : oggi presumiamo di conoscerlo dalla prefazione all' appendice, , e riproducendo con integrità i suoni ed i toni, possiamo avere un valevole ausilio per la conoscenza delle malattie.

Nella produzione del *rumore*, le vibrazioni della materia sono fugaci ed irregolari, ma se si prolungano e diventano regolari, danno luogo a *suoni musicali*. Le vibrazioni dipendono dall'elasticità: tutti i corpi vibrano differentemente, e ciò per la natura, la forma e la grandezza del corpo vibrante. Se l'estensione delle vibrazioni è piccola, il suono che ne risulta è debole; il contrario avviene se è grande. Ciò che avviene per un corista, si ripete per ogni istrumento musicale. Tutti sappiamo che l'altezza di un suono dipende dal numero delle vibrazioni, le quali noi possiamo perfettamente misurare con appropriato apparec-

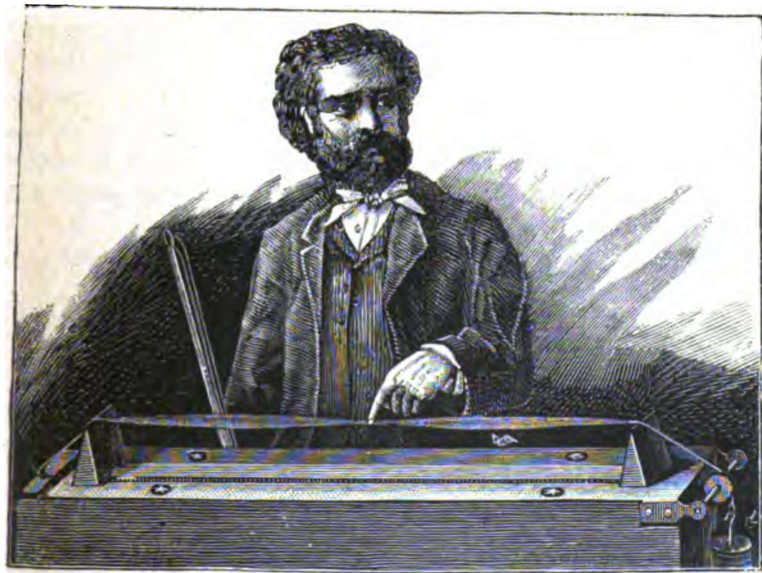


Fig. 1

(1) Questo lavoro doveva esser letto al Congresso di Roma e la presentazione del fonografo dovea esser fatta nella Sezione di Laringologia. Non avendo potuto recarsi a Roma l'Autore, nè potendo esser pubblicata, per la sua assenza, la memoria, negli Atti del Congresso, abbiamo creduto far cosa grata ai lettori presentare questa libera traduzione, fatta dal nostro egregio Redattore, il Dottor A. Damieno.

La Direzione.

chio: così, se abbiamo due coristi, di cui uno è superiore all' altro di una ottava, e questo compie 200 oscillazioni, l'altro, nello stesso intervallo di tempo, ne farà 100.

Un'altra caratteristica del tono musicale è la *qualità*, che i francesi dicono *timbro* ed i tedeschi *Klang-farbe*, mercè la quale noi possiamo, per esempio, riconoscere la differenza tra due voci umane.

A spiegare la causa fisica della *qualità* del suono, supponiamo un sottile filo metallico teso tra due punti su d'una cassa risonante (v. fig. 1.) Quando si pizzica nel centro, il filo vibra in tutta la sua lunghezza, e la nota emessa vien detta fondamentale; ma se nel centro del filo metallico si mette una piuma od una penna, e si pizzica nel punto mediano tra il centro ed un estremo, le due metà vibrano alla stessa maniera ed indipendentemente l'una dall' altra; però la rapidità delle vibrazioni di ciascun segmento sarà doppia di quella dell'intero filo, e quindi la nota emessa sarà l'ottava della fondamentale.

Similmente, se la corda può farsi vibrare in quattro, cinque, sei parti, il numero delle vibrazioni riesce di quattro, cinque, sei volte maggiore di quello che era la prima volta.

La nota fondamentale non è mai udita da sola, ma sempre in compagnia di toni più alti, quindi il suono che colpisce l'orecchio non è semplice, bensì composto, formando quello che dicesi *consonanza* (in inglese *clang*), che dipende dal numero e dalla relativa intensità dei toni parziali che lo formano.

Il suono della voce umana è prodotto dalle vibrazioni delle corde vocali, aiutate dalla risonanza della bocca. La dimensione e la forma di detta cavità boccale possono essere mutate coll' aprire e col chiudere le mascelle, con lo stringere e rilasciare le labbra.

Solo così possiamo avere infinite varietà nelle modulazioni del canto.

La propagazione del suono.

Il mezzo comune di comunicazione delle vibrazioni sonore è fatto dall' aria, per modo che se queste succedono in uno spazio vuoto di aria, si ha silenzio completo. La velocità del suono è di 1070 piedi (1) per secondo. Il suono prodotto all' aria aperta tende a diffondersi in tutte le direzioni con eguale velocità; ma questa tendenza può essere disturbata da varie condizioni.

Gli esperimenti hanno dimostrato che una persona, parlando all'aria aperta, può essere intesa egualmente alla distanza di 100 piedi di fronte, di 75 piedi da ciascun lato e di 30 piedi di dietro. Quando un ostacolo impedisce il suono in una direzione, esso può essere inteso più lontano nelle altre, appunto perchè se il moto è arrestato in una direzione, è accresciuto nelle rimanenti.

(1) Ogni piede equivale a circa trenta centimetri e mezzo.

Quando si produce un movimento in una parte dell'aria, delle ondulazioni sonore si sprigionano da quel punto in tutte le direzioni, e queste ondulazioni sono l'effetto del rapido modo vibratorio delle particelle aeree, proprio come suole succedere quando sulla superficie dell'acqua noi facciamo cadere una pietra e vediamo prodursi una serie di onde circolari concentriche. Le onde partono dal centro dell' urto, mentre le goccioline di acqua che le costituiscono hanno un moto oscillatorio in una direzione verticale. Allo stesso modo le ondulazioni sonore si propagano attraverso l'aria, col moto oscillatorio delle particelle aeree; però le particelle vibranti si muovono nella stessa direzione in cui il suono si propaga; conseguentemente queste onde sono distinte dalle alternanti condensazioni e rarefazioni dell' aria, la cui trasmissione costituisce la trasmissione del suono. La lunghezza dell'onda è la distanza tra due consecutive condensazioni e rarefazioni.

La membrana del timpano riceve le vibrazioni sonore e le trasmette con tutte le loro armonie; lo stesso succede per il diaframma di un fonografo, potendosi scolpire sulla piccola membrana le diverse qualità del suono.

Prima di finirla con questi cenni di fisica del suono, è bene dire qualche cosa del suono reso *visibile*, come meglio si comprenderà da quello che segue.

L' idea di riprodurre una *espressione visuale* per le vibrazioni musicali venne a Chladni, un medico del passato secolo. Egli fissò, pel suo centro, un disco di vetro, e quindi avendone spalmato di sabbia la superficie, lo mise in vibrazioni sonore per mezzo di una corda di violino (v. fig. 2). Quando il disco era messo in vibrazione, la sabbia ve-

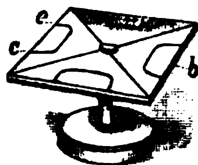


Fig. 2

niva scacciata da talune parti della superficie e raccolta in altre, formando figure geometriche regolari. Il disco ha una serie di vibrazioni, che gli appartengono; ma a somiglianza di una corda, se queste si attutiscono con contatto di una o più dita in differenti punti lungo la periferia, la nota cambia e con essa la figura formata dalla sabbia. Le linee del disco, dove la sabbia si raccoglie, sono i *nodi*, cioè le linee di un relativo riposo. L'agitazione violenta nelle parti rimaste scoverte, può essere dimostrata nell'unire alla sabbia un pò di polvere di licopodio; essendo questa molto leggiera, viene trattenuta nelle piccole rotazioni dell'aria generata intorno ai segmenti che entrano in vibrazione.

Il meraviglioso intreccio delle vibrazioni di codesti dischi, può essere

veduto da queste poche figure, che seguono, le quali indicano le linee, prese dalla sabbia, quando sul disco vengono prodotte alcune note (v. fig. 3).

Un piccolo istrumento inventato dal prof. Sedley Taylor, chiamato *foneidòscopio*, dà la più squisita illustrazione della musica resa

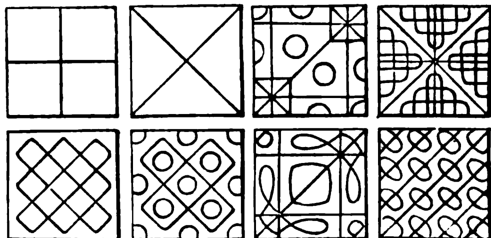


Fig. 3

visibile. Egli dice che, mercè questo trovato, è possibile ottenere differenti figure, mediante uno strato di sapone, secondo i differenti toni, le differenti intensità e le differenti qualità del tono; *praticamente io non ho trovato che l' istrumento risponde bene in pratica.*

Fig. 4



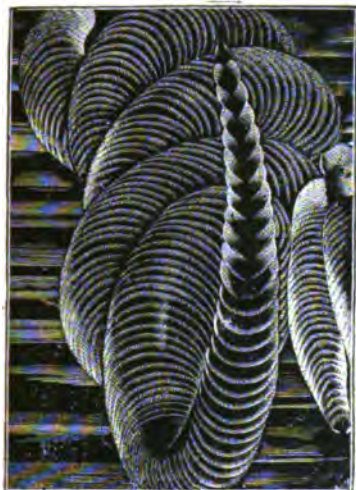
Forma ad alghe marine o paesaggio

Ed eccoci ora sui primissimi passi delle figure della voce della signora Hughes, delle quali ho già parlato in alcune mie precedenti

comunicazioni, ma che per desiderio di riuscire completo ricapitolerò (v. fig. 4).

Oltre alla precedente figura, si possono avere queste altre forme.

Fig. 4.



Forma a serpente



Forma a vibrazioni incrociate



Forma ad albero



Forma a *pensèe*

La Hughes ha raggiunto la strada che la condusse a quelle, per mezzo

del *foneidoscopio.* Il suo *eidofono* (v. fig. 5) è costruito sullo stesso principio del *foneidoscopio:* invece di un sottile strato di sapone, essa ha spalmato la membrana di gomma elastica, per riceverne le vibrazioni, e su questa tese un sottile strato di sostanza pastosa, che mantiene il ricordo fatto dalle vibrazioni della membrana.

Queste figure (a fiori) delle voci non sono le semplici forme visive corrispondenti alle vibrazioni dell' aria messa in movimento della voce. Le onde generate nella cavità chiusa dell'eidofono sono riflesse successivamente dalle pareti del vaso.

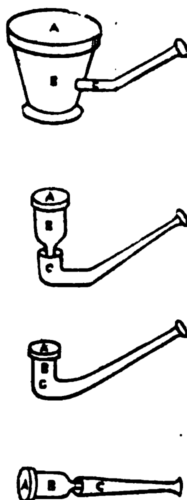


Fig. 5

Il volume dell'aria contenuta ha la propria tara di vibrazioni; anche la membrana tesa ha il suo indice, che a sua volta è modificato dal carattere e dallo spessore della pasta che è spalmata sopra. A queste onde sono aggiunte forze melecolari di coesione e di adesione tra le molecole della pasta, nonché tra la pasta e la membrana. La forma che ne deriva, è la risultante di tutte queste forze complesse ed in taluni casi possono aggiungervisi nuovi elementi. Un disco di vetro è piazzato in cima ad una membrana vibrante e messo in movimento al disopra di questa. Abbiamo così introdotto un nuovo corpo col proprio indice di vibrazione, oltre al movimento meccanico, che complica il problema.

I risultamenti sono meravigliosi e bellissimi ed aprono un campo d' investigazioni molto interessanti, ma ci troviamo sempre di fronte alla risultante di molte forze, non una delle quali è stata pesata e misurata.

La signora Hughes dice, in una lettera a Sofia B. Herrick: « Le note che producono le figure variano col peso del materiale e della tensione della membrana, cosicchè ogni nota può, sotto differenti circostanze, produrre differenti figure, e viceversa, differenti note possono, sotto diverse circostanze, riprodurre figure simili ».

Le forme a *margherita* erano cantate, dice ella, in note estremamente basse, modulate molto dolcemente, alcune in *A* nel primo spazio della chiave di basso, una nota meravigliosa che può essere raggiunta dalla voce di una donna, la nota più alta della quale è il *B* piano, sopra la chiave di soprano, una estensione di più di 3 ottave. Talora, forme geometriche non riportate in questi disegni, erano riprodotte dalle note più alte della sua voce, mentre il *serpente*, la *felce* e le forme di *alberi*, erano formate quando cantava nel registro medio con molta forza.

Tra alcuni dei primi esperimentatori, che studiarono questo argomento, quello cioè di udire cogli occhi, cito Lissajous e Duhamel, le ricerche dei quali, in questo senso, sono note a tutti. Gli ultimi che hanno lavorato in questo senso sono: Leon Scott e il dottor Koenig. Il primo è l'inventore del *fonoautografo*, un istrumento che dette suoni scritti più estesi, mentre quello dell'altro fornì un mezzo di impressioni per rendere visibile il suono, con una serie composta di fiamme prodotte da un solo getto in combustione, connesso con due o più tubi combinati con una serie di risuonatori. Questo è stato molto utile per delucidare talune oscurità del suono, onde egli fu al caso di distinguere differenti voci ed istrumenti, anche quando l'altezza e l'intensità di queste note erano le istesse.

È inutile entrare nella minuta descrizione di questi apparecchi, che si trova in tutti i moderni trattati di fisica.

Soltanto nell'Aprile ultimo ebbi occasione di applicare i principi dimostrativi dall'opera di Chladni e della signora Hughes ad un'altra branca della nostra scienza, molto importante. I risultamenti di queste esperienze saranno stati molto probabilmente comunicati ai membri del Congresso di Roma dal mio collega, il distinto medico americano dottor Giorgio Engelman di S. Louis, col quale mi sono occupato nel compito di moderare la corrente faradica, misurando accuratamente e calcolando il numero delle interruzioni degli apparecchi faradici, fabbricati dai nostri elettroterapisti, ed osservandone l'azione fisiologica secondo il vario numero d'interruzioni. Il dottor Engelman avrà esposto dettagliatamente le complete ricerche, che ha fatto in questo senso, nella Sezione Elettroterapica.

Mediante diaframmi sensitivi ed una polvere secca, come il *licopodio*, io ottenni disegni *visivi* di forme geometriche regolari, corrispondenti esattamente al numero delle interruzioni della corrente. In questo esperimento adoperai un cilindro cavo del diametro di circa 3 pollici e

di circa 6 di lunghezza, sul quale distesi una membrana elastica. Sul centro di questa membrana venne posto un pizzico di *licopodio* secco ed il cilindro venne piazzato sul diaframma d'un collettore telefonico con lo estremo aperto presso il diaframma. Dietro ciascun cambiamento nel numero delle interruzioni della corrente faradica, la polvere assumeva una differente forma geometrica, e così eravamo in grado di calcolare il numero delle interruzioni con assoluta esattezza, siccome si formavano, di 3000 a 50000, e come io ho d'allora imparato sino a 102 mila per minuto. Alcune di queste figure rassomigliano a quelle della signora Hughes e di Chladni.

Quando le onde sonore urtano il delicato diaframma di un fonografo, questo è messo in vibrazione. Le sue particelle si muovono sù e giù, in una direzione e nell'altra. La complessività del loro movimento dipenderà da quello dell'aria, da cui esso deriva. Tutto ciò mi porta a ciò che ho da dire del *fonografo* in sè stesso.

Negli annali delle moderne invenzioni, il fonografo ed il suo inventore Thomas A. Edison occuperanno sempre un posto importante. Se, anni sono, uno scienziato avesse avuto la temerità di proclamare che era possibile ricordare e riprodurre la voce umana, i suoni musicali ed altri suoni viventi e preservarli per anni, proprio come il patologò ripara i suoi preparati dalle ingiurie del tempo, sarebbe stato proclamato uno stregone e forse bruciato vivo, come le così dette streghe di due secoli fa. Oh! come i tempi sono mutati! Io non ho bisogno di ripetere le prime pruove e le tribolazioni dell'illustre uomo, le cui idee si cristallizzarono in forma tangibile. È la solita ripetizione della sorte di tutti i grandi osservatori, la cui opera è diventata storia. Egli dovette superare degli ostacoli insormontabili. Ecco brevemente la storia della scoverta dal fonografo.

Il primo fonografo di Edison era fondato sulla scoverta che se un delicato diaframma o una tavola armonica è munita di una acuminata punta di acciaio, le sue vibrazioni, sotto il suono della voce umana, faranno fare allo stiletto una serie d'impressioni o solcature sullo strato di cera od altra materia analoga passata sopra. Queste solcature, sebbene microscopiche, sono sufficienti a produrre simili vibrazioni nel diaframma, se lo stiletto è nuovamente passato sui solchi, e questa riproduzione è forte abbastanza da essere distintamente udita. Così il fonografo, nella sua primitiva forma, consiste in una tavoletta armonica, che porta sotto la sua superficie una punta d'ago ed uno strato di cera, posto in modo da toccare l'ago. Le onde sonore della voce fanno vibrare la tavoletta armonica o il diaframma con una rapidità variante con l'altezza della nota.

Se lo strato di cera era fatto muovere lentamente, mentre le onde sonore, parlando o cantando, potevano urtare la tavola armonica, ne risultava una linea continua di minuti solchi, corrispondenti in pro-

lo
e,
si
si
tà
di

s-
po
se
si
o-
è
no
u-
più
ri-
ni
in
ite

lei
on
le,
ri,
ra

a-
se
zza

erò
ca.
nor
nzi
cia
ra-
le
tta
nzi

di ci
centı
ed il
lo es
nume
una
il nu
vano,
per r
gnor

Qu
quest
iu un
pend
a ciò

Ne
tore
tante
mare
sicali
logo
clama
di du
peter
si cris
di tut
super
scove

Il p
un de
nata
farann
di cer
bene
diafra
riprod
fonogı
nica,
di cer
fanno
varian

Se
onde
ne ris

fondità e forma geometrica allo schizzo delle originali onde sonore. Queste linee si continuavano da ogni parte, finchè la levigata superficie dello strato di cera era cosparsa di solchi.

Fatto questo, sollevando lo stiletto ed il diaframma e piazzandolo nel primiero sito di solcature, come lo stiletto traversa la serie di linee, costringe la tavoletta armonica a vibrare novellamente, riproducendosi esattamente i suoni, come essi erano stati originariamente impressi sulla cera, e sebbene qualche cosa sia cambiata nell'altezza, intensità e qualità, pure possono sufficientemente dimostrare la possibilità di rigistrare e riprodurre suoni viventi.

I difetti del primo fonografo erano tanti, che Edison vide l'impossibilità di interessare i capitalisti per perfezionarlo. Nel medesimo tempo non mancarono grandi uomini in Europa, che predissero grandi cose pel fonografo dell' avvenire. Ciò che si dovea raggiungere era così meraviglioso, che inventori furono invitati a lavorarci sopra. Il fonografo di oggi (v. fig. 6, 7 e 8), il novello e rimarchevole istrumento, è passato per molti stadii sperimentali. Esso ora ha avuto un pieno successo sotto ogni aspetto, e deve essere riguardato come un istrumento che apre un nuovo campo per la ricerca scientifica e fa più di un'applicaziona all'industria. Il suo scopo è quello di registrare e riprodurre discorsi, di possedere una memoria permanente delle vibrazioni vocali od altre vibrazioni sonore e di rinnovare queste vibrazioni in tale maniera, che le originali possano essere nuovamente impartite all'aria come suoni.

Nonostante tutto quello che è stato detto contro le proprietà dei suoni prodotti dal fonografo, non v'hà dubbio che essi sono riflessi con assoluta integrità, ma alquanto diminuiti in volume. In altre parole, io intendo dire che il registro di un suono, come esso è venuto fuori, o come noi lo sentiamo venire dal fonografo, è una esatta miniatura dell'originale.

E questo è facilmente spiegabile se consideriamo il fatto che il diaframma può solamente registrare queste pulsazioni, che sono prese dalla registrante trombetta. Le altre si perdono nello spazio; l'altezza e la qualità rimangono immutate.

Il fonografo è realmente la naturale conseguenza del telefono; però contrariamente al telefono, la sua azione è meccanica e non elettrica.

Il seguente aneddoto è raccontato da M. Paskos, agente del signor Edison, il quale presentò il primo fonografo per l'esposizione, innanzi all'Accademia di Parigi. Era curioso vedere l' espressione della faccia di quegli accademici; quando il sig. Paskos faceva parlare il meraviglioso apparecchio, un mormorio di ammirazione si udiva da tutte le parti della sala, un mormorio seguito da ripetuti applausi. La dotta Accademia, generalmente così fredda, non erasi mai per lo innanzi

abbandonata a tale entusiasmo; pure, alcuni membri, invece di esaminare il fatto fisico, lo vollero ascrivere a cause morali; ed una voce corse subito per la sala, che sembrava accusare l'Accademia di essere stata mistificata da un abile ventriloquo. Certamente lo spirito dell' antico Gallo trovasi ancora nel Francese, anche nell' Accademia! Si sa che i suoni emessi dall'istrumento sono precisamente quelli di un ventriloquo. Un altro domandava se la faccia e le labbra del signor Paskos, come egli voltava l' istrumento, non rassomigliassero alle smorfie d'un ventriloquo. Un terzo ammetteva che il fonografo poteva emettere suoni,

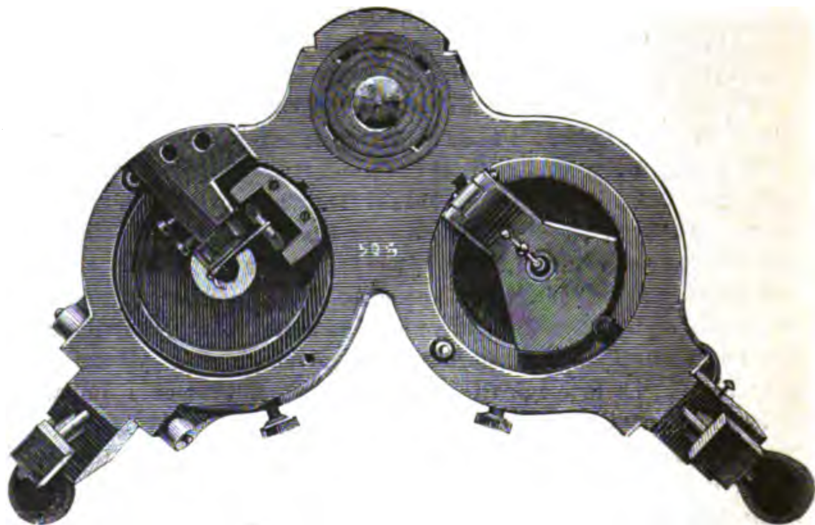


Fig. 7

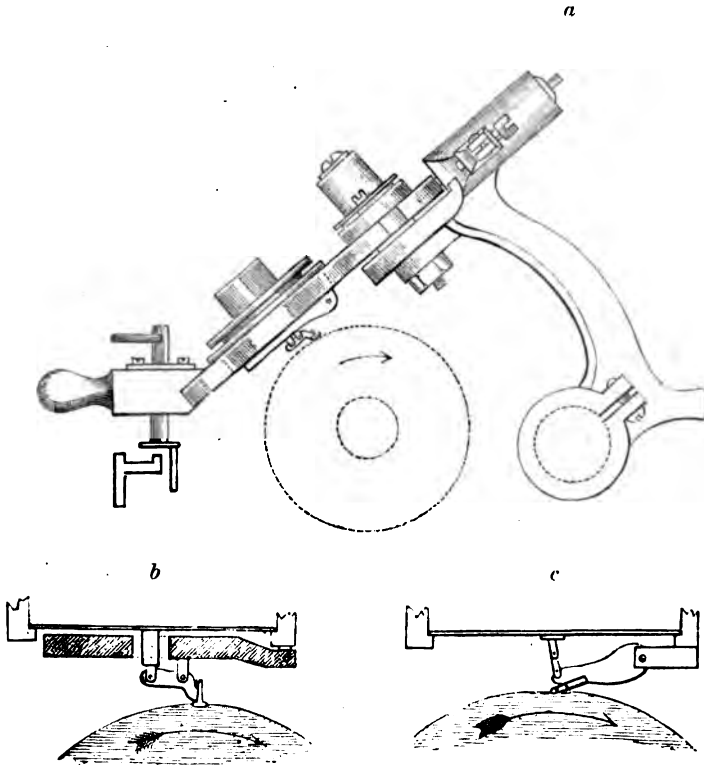
ma credeva, che in ciò fosse aiutato dal manipolatore. Finalmente l'Accademia incaricava il sig. du Moncel di fare l' esperimento; ma siccome non era abituato a parlare nell'istrumento, si ebbe un insuccesso, con grande gioia degl'increduli. Alcuni membri dell' Accademia, però, desiderosi di accertarsi della vera natura degli effetti, pregarono il sig. Paskos di ripetere nuovamente gli esperimenti innanzi a loro, sotto tali condizioni da poterglisi arrendere. Il sig. Paskos acconsentì a questa richiesta ed essi furono assolutamente soddisfatti dei risultamenti. Altri ancora rimasero increduli e fu necessario accettare il fatto che la parola potesse essere riprodotta in un modo così semplice.

L'aneddoto or ora riferito, non può suonare discredito per l'Accademia, che ha l'obbligo di conservare intatte le verità principali della scienza e di accettare i fatti sorprendenti solo dopo diligente esame. Con questa intesa, tutto ciò che viene emanato dall' Accademia può essere accettato con la massima fiducia. Le recenti conquiste del fonografo

nel registrare la musica, sono meravigliosi. Esso riprodurrà ogni specie di musica, il canto, il piano, il violino, la cornetta, l'oboe ecc., con una bellezza di tono ed un'accuratezza da meravigliare i musicisti.

Il fonografo giammai raggiungerà una perfezione più grande di quella che ha presentemente. Esso è, e continuerà ad essere del più grande

Fig. 8.



Spiegazione della fig. 8.

a — Cannocchiale in azione, che mostra il registratore mentre traccia i suoni sul cilindro di cera.

b — Riproduttore, che traccia i suoni ricordati, sul cilindro di cera, e nel tempo stesso l'ago a punta arrotondata.

c. — L'ago del registratore, che incide i suoni sul cilindro di cera.

aiuto ai musici, agli autori, agli editori ed ai fisici, fra i quali ultimi sono io, che ho richiamato l'attenzione per l'uso pratico del fonografo in medicina.

Per parecchi anni ho speso molto tempo nello studiare il modo come registrare i suoni prodotti da malattie o da organi sani, per cui il medico se ne potesse servire per l'esattezza della diagnosi. Infatti, il fonografo può registrare molti dei caratteristici suoni dei morbi dell'apparato respiratorio. Per esempio, quando l'espressione vocale dei cantanti è

perfetta, può essere registrata e mantenuta per paragonarla ai suoni prodotti nel caso che le corde vocali siano malate. Ho realizzato grandi benefici dal fonografo nei tenori baritoni e bassi fra i miei pazienti, e così non solo si è potuto riconoscere la differenza del tono e del timbro, dando gli opportuni rimedii, ma i pazienti stessi hanno potuto constatare la deteriorazione della loro voce rispetto al tipo normale.

Ecco una delle ragioni per cui desidero mostrarvi il possibile vantaggio che il fonografo possiede nella perfezione della declamazione e del canto. Eccellenti artisti (coi quali, grazie alla specialità che professo, sono venuto in relazione) erano stati educati al canto nei varii metodi delle scuole tedesca, italiana e francese, e, prendendo ripetutamente dei fonogrammi, sono stato in grado di scoprire qualunque cambiamento nell'azione normale delle corde vocali. È meraviglioso udire la differenza nei metodi che lo addestramento di una di queste scuole dà ai cantanti, agli attori ed ai declamatori; e molto più meraviglioso è il paragonare i cantanti di una scuola mista con quelli il cui canto è semplicemente un esponente naturale dei delicati organi vocali: io ho ricavato molto profitto nello studio delle differenti modalità dei toni e delle qualità possedute dai loro organi vocali.

Le intenzioni di Edison sono ora quasi interamente soddisfatte, potendo costruire una quantità di queste macchine nel modo più perfetto, metterle in azione automaticamente, e disporle così facilmente, che ognuno che usa una macchina da cucire, da scrivere o il telefono, può anche usare il fonografo: ci accorgiamo così, e ben presto, che un meraviglioso campo è innanzi a noi.

Il prezzo del fonografo è nominale, ed i nuovi cilindri di cera costano poco più che la carta da scrivere. Un cilindro, una volta usato e registrato un discorso, può ancora essere passato attraverso il fonografo un numero di volte, apparentemente senza deteriorazione. Io posseggo qualche prezioso fonogramma, che è stato letto, cantato e suonato mille volte col fonografo e nessuna traccia di deterioramento è stata osservata. Finalmente rammentiamo che una volta ottenuto un buon fonogramma, questo può duplicarsi e moltiplicarsi a poco costo. Questa duplicazione di fonogrammi non ci è peranco nota, ma senza dubbio l'esperimento la regalerà al pubblico e la riproduzione sarà tanto comune, come per la fotografia.

Immaginate ciò che il fonografo darà all'uomo nei confini della civiltà. Terrà il luogo dei libri in maniera assai più gradevole, perchè il fonografo glieli leggerà. Il corriere gli porterà l'ultima commedia da Londra o l'ultima opera da Vienna. Se è amante dei discorsi politici, potrà averne il resoconto nel fonogramma. Egli è anche possibile d'immaginare che molti libri e storie possano non vedere la stampa ed andare nelle mani dei loro lettori od uditori, piuttosto come fonogrammi. Ma pensate un pò che critica musicale può fare pel suo pub-

blico! Esso può riprodurre intere arie da un' opera o interi movimenti di una sinfonia per mezzo di prove ed illustrazioni. I vari toni di voce di un attore o di un cantante potrebbero essere riprodotti nelle notizie del mattino. In musica, il valore del fonografo, nel suo stato presente, è indiscutibile. I musicisti sono discordi, e probabilmente lo saranno sempre sulla maniera con cui certe famose sinfonie devono essere suonate. I segni del metronomo usati da Beethoven sono i migliori; ma pure sono delle incerte guide: mentre non hanno maggior valore le indicazioni scritte, riguardanti i valori dinamici, la espressione ecc. Il fonografo renderà possibile, pei musicisti dell'avvenire, di conoscere come i nostri compositori desideravano dare la loro musica, per cui ripeterà quella musica come si suona oggi, con le debite espressioni e tutti gl'infiniti cambiamenti di tempo. Inoltre il fonografo offre al compositore quel lungo ricercato istrumento, un automatico registratore d'improvvisazione sul piano od altro. Nel lontano avvenire, quando i nostri discendenti desidereranno comparare la nostra piccola opera di Wagner colle produzioni complesse del loro proprio tempo, mettendo forse una dozzina di orchestre, suonando in una mezza dozzina di differenti chiavi in una volta, essi avranno un acc[illegible]ato ricordo fonografico della nostra armonica semplicità.

Cosi, ciò che può farsi in un caso, può essere fatto in altri consimili.

Quelle persone che sorridono incredulamente quando si dice che il fonografo perfezionato ci risparmierà di scrivere lettere, ci insegnerà le lingue straniere col loro proprio accento, i differenti metodi di canto, di declamazione, ci darà libri, musica opere e discorsi, a poco costo, diventerà una costante sorgente d'istruzione e di divertimento, hanno dovuto molto dimenticare il ridicolo che covrì quell'inventore americano, che propose di parlare da New-York a Chicago. Gli scopi del fonografo non saranno meno meravigliosi di quelli del telefono.

È uno istrumento meraviglioso del tutto nuovo, ed è impossibile dire a qual grado di perfezione potrà essere portato. Esso ha già aperto la porta ad un campo affatto nuovo ed inesplorato nel regno dei suoni. È un nuovo mezzo nella mani della scienza, col quale si potranno scoprire leggi naturali finora sconosciute. Esso ha già suggerito molti preziosi usi. Indubitatamente è la più meravigliosa invenzione di questo secolo.

Se il tempo lo permettesse, io scenderei a maggiori dettagli, riguardando gli usi del fonografo, come insegnante del canto, della declamazione ecc., ma dalla dimostrazione di fonogrammi ognuno deve essere convinto della verità e del valore del fonografo.

Io spero tuttavia, e malgrado che presentemente il microfono ed altre macchine siano, per molti riguardi, non del tutto soddisfacenti nel modo di agire, che si possa riuscire a ricordare i rumori cardiaci e respiratori, nello stato normale e patologico. È superfluo ch'io dica del

valore di questo sulla educazione pratica della gioventù medica, per quanto concerne la diagnosi fisica.

Ho già fatto parecchie menzioni di suoni patagnomonici, ma i miei studii, per la strettezza del tempo e la responsabilità della mia estesa pratica, sono tuttora così incompleti, che io esito a presentarli ad un consesso di così distinti medici

Nel prossimo Congresso io sarò in grado di presentarvi una serie di ricordi che potranno dimostrare auralmente questi speciali suoni nelle affezioni delle vie inferiori del respiro, del cuore, proprio come li ascoltiamo negli Ospedali e li riconosciamo dalla descrizione, nei libri, delle diverse loro modalità.

Nella mia specialità, il fonografo mi ha reso grandi servigi, nelle malattie delle vie nasali e delle corde che producono dei cangiamenti nel carattere dei suoni. Sappiamo, ammaestrati dallo esperimento, che questi suoni, in tal guisa conservati ed emessi di nuovo, in non poche circostanze ci danno un ricordo patagnomonico.

Ma, a misura che andiamo avanti con la esperienza e la osservazione, sarà necessaria una classifica, accettata, senza di che il significato dei fonogrammi sarebbe minimo. Nondimeno, al perito, l'odierno fonografo sarà di grande aiuto.

Con un competente microfono, come spero e confido sarà perfezionato, la classifica ed il ricordo dei suoni i meno udibili saranno resi di tale uso, che anche il medico generico sarà al caso di fare la diagnosi di questi suoni interni patognomonici del cuore e dei polmoni, resi positivi.

Ai colleghi Americani ed a tutti coloro di queste contrade che, per avventura potessero venire nella mia città natale, io farei un cordiale invito perchè si compiacessero visitare il mio Gabinetto, che, sventuratamente non ho potuto trasportare, e mostrare i progressi ai quali sinora si è giunti. Sono dolente che la tecnica sull' uso del fonografo per una dimostrazione pratica reclami la mia presenza; ma sarò sempre pronto a farvi toccare con mane sin dove son giunto e darvi una prova oculare di quanto ho esposto in questa comunicazione.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

MAX BRESGEN — *La cefalalgia nelle malattie del naso e della faringe (Der Kopfschmerz bei Nasen-und Rachen-Leiden).*

L'A. in questo lungo articolo riprende in esame un argomento da lui tanto prediletto, e sul quale a parecchie riprese è ritornato con insistenza, cioè che molte cefalalgie, alle quali i medici generici non annettono alcuna importanza, oppure si limitano a combattere coi soliti mezzi rutinarii, sono dovute, nè più nè meno, che ad affezioni del naso e della gola, il che spiega perchè sono tanto persistenti e ribelli alle solite cure generali, mentre si dissipano completamente tostochè uno di questi infermi ha la fortuna di capitare nelle mani di uno specialista che, riconosciuta l'alterazione patologica, la quale, fra l'altro, è pur causa della cefalea, la combatte razionalmente.

In questo nuovo lavoro il Bresgen esamina, alquanto più a lungo di ciò che aveva fatto nei consimili lavori precedenti, tutti i casi in cui i disturbi patologici del naso e della cavità faringea possono provocare la cefalalgia, e dimostra che questa deve essere allora riguardata come un fenomeno di stimolazione e di pressione. Insiste nel far constatare che, quantunque le specialità abbiano dimostrato queste origini della cefalea, di rado avviene che un infermo, il quale si presenti al medico generico per consultarlo sopra un tale disturbo, questi s'accinga a visitare il naso e la gola. È ancora la vecchia rutina del secolo scorso che domina sul proposito. E ribadisce ciò con una casuistica, nella quale si rileva a chiare note che realmente su tale riguardo i medici generici non ancora si sono appropriate tutte le conoscenze ad essi necessarie nella pratica. In fatti, in questi casi osservati dal Bresgen, e da lui guariti, trattavasi di individui sifilitici. La malattia col tempo aveva prodotta la cefalalgia, la quale fu poi curata a casaccio, senza che il medico curante si fosse data menomamente la pena di accertarne il fattore etiologico.

E noi, nel fare voti perchè si volgarizzassero fra i medici generici i risultati più importanti per la pratica che ci vengono forniti dalle specialità, facciamo le nostre congratulazioni col Bresgen per la cosciente perseveranza e tenacia con cui continua il nobile apostolato di diffondere fra i medici generici i corollarî etiologici, profilattici e terapeutici più importanti delle nostre ricerche specialistiche.

V. MEYER

MAX BRESGEN—*Contributo alla quistione dell'ozena*
(*Beiträge gur « Ozaena » Frage*)

L' A. rispondendo all'invito di Gruenwald, il quale in un recentissimo lavoro ha affermato, che le storie cliniche particolareggiate conducono allo obbiettivo molto meglio che non «creando ipotesi e teorie», riferisce minutamente in quest'articolo undici casi di « ozena » genuino. Tranne in un solo di essi, era sempre affetto il seno sfenoidale (e allora l'affezione per lo più era bilaterale), meno frequentemente erano affetti i seni etmoidali, molto di rado i seni mascellari. Sicchè, dal punto di vista etiologico, egli non può che pienamente annuire alla teoria del Michel circa la provenienza della suppurazione nell'ozena.

La seguente tabella, che qui riportiamo, espone in blocco i seni trovati infermi, cioè i punti di origine della suppurazione.

CASO	SENI MASCELLARI		SENI FRONTALI		SENI ETMOIDALI				SENO SFENOIDALE		Fenditura media della tonsilla faringea
					anteriore		posteriore				
	a destra	a sinistra	a destra	a sinistra	a destra	a sinistra	a destra	a sinistra	a destra	a sinistra	
I	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1
II	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—
III	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
IV	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—
V	—	=	—	—	1	—	—	—	1	1	—
VI	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—
VII	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
VIII	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
IX	1	1	1	1	—	—	1	—	1	1	—
X	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
XI	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—

Sicchè è chiaro, dice il Bresgen, che sulla provvenienza della suppurazione nell'ozena s'incominciano ad acquistare idee più esatte. In questi casi da lui osservati, eravi sempre una suppurazione a focolaio, e sempre per lo meno in una cavità accessoria del naso. Inoltre, qualche volta fu accertata una lesione ossea nel dominio del cornetto medio, ma, probabilmente essa apparteneva all'etmoide. Anche il seno sfenoidale mostrò una volta lo stesso reperto. È degno di nota che tutte le volte in cui era infermo il punto che l'A. riguarda come l'etmoide, si constatava agevolmente che l'osso era scabro. Però, non sempre si potette accertare che, proprio il pus segregato da questi punti, tramandava un cattivo odore. In tutti questi casi, ad eccezione di uno solo, era impegnato anche il seno sfenoidale, ed il pus, provveniente da esso, tramandava il cattivo odore. Il Bresgen si augura che, da ora innanzi, i colleghi, seguendo l'esempio dato dal Gruenwald, da lui e da altri, cercheranno di indagare, in tutti i casi di ozena, che si presenteranno nella loro pratica, se il focolaio della suppurazione sia indovato in qualche seno, e, nel caso affermativo, quale esso sia.

In ultimo il Bresgen accenna ai risultamenti avuti mercè il trattamento

col violetto di exaetile. Dichiara recisamente di esserne soddisfatto, perchè non appena ne portava una quantità sufficiente sul focolaio purulento, producevasi bentosto un notevole cangiamento nel carattere di quest' ultimo.

Si rallegra che il Burghard ed altri abbiano confermato nella loro pratica le proprietà microbicide ed antizimotiche dei colori di anilina, sui quali egli, insieme a Stilling, richiamò l' attenzione dei pratici, ai quali rivolge un caldo appello di continuarli a sperimentare nella pratica tutte le volte in cui trattasi di distruggere un focolaio purulento, o di impedire che si produca. In quanto all'appunto mosso da taluni, che talvolta essi produrrebbero la cefalalgia, il Bresgen risponde che questo disturbo è fugace e si verifica solo quando nella rispettiva cavità, per temporanea chiusura del suo orificio, si produssero fenomeni di compressione per accumulazione del pus, ovvero perchè la secrezione aumenta per effetto dell' introduzione della sostanza colorante.

(*Münchener med. Wochenschrift*, N. 10 e 11; 1894).

V. MEYER.

ARSLAN YERWANT—*Cura chirurgica delle ipertrofie tonsillari. Spezzettamento.*

L'A. dopo avere accennato ad alcune fra le più importanti classificazioni, finora apparse, sulle ipertrofie tonsillari, si ferma a quella del Moure, il quale come è noto, le ha divise in tre gruppi, cioè: 1) *tonsille ipertrofiche peduncolate*, 2) *tonsille incapsulate*, 3) *tonsille pseudo-ipertrofiche*. Egli non si mostra alieno di adottare questa divisione; però, partendo dal concetto, che la classificazione dei vari tipi di ipertrofia tonsillare debba riconoscere come base la terapia, ha creduto opportuno di aggiungere ad essa un quarto gruppo, cioè quello delle *tonsille incapsulate con forti aderenze*, che verrebbe ad essere una suddivisione del secondo gruppo del Moure, e comprenderebbe i casi in cui la tonsilla è fusa, per così dire, coi pilastri, in modo da formare tutta una massa iperplastica ai lati della gola, specie se vi si associa la faringite laterale ipertrofica. Questa forma sarebbe una conseguenza delle faringo-tonsilliti croniche e riacutizzate, specialmente se la tonsilla fu sede di ulcerazioni (sifilide, difterite, ecc.). I fumatori, i cantanti, i bevitori ed i sifilitici ne dànno il maggiore contingente.

Ciò premesso, accenna ai varii metodi di cura finora adoperati contro le ipertrofie tonsillari, soffermandosi a preferenza sopra quello del Ruault, che egli ha adottato—soprattutto per le *tonsille incapsulate*—con alcune modifiche, cioè sullo *spezzettamento*. Come lo indica il nome, questo metodo consiste nell' asportare le tonsille ipertrofiche a pezzetti. L'A. lo esegue con una pinza, da lui ideata, robusta, a branche curve, colle estremità foggiate a cucchiaio e di forma ovale, in modo da poter far presa anche sopra una piccola porzione di tonsilla.

Prima di procedere allo spezzettamento, è necessario che, con un uncino smusso od acuto, le tonsille vengano liberate dalle loro aderenze coi pilastri. Indi, per alcuni minuti si faranno fare gargarismi fenicati all' 1 °/o. Si anestesizza la tonsilla da operare con soluzione di cocaina (1.10); ed abbassata fortemente la lingua, si asporta collo spezzettatore la tonsilla ipertrofica, a colpi rapidi, dando ogni volta un brusco movimento di torsione all'istrumento.

Si badi a non stirare, nè distaccare con forza la parte dell'amigdala presa. L'operazione sarebbe quasi del tutto incruenta; lievissimo o nessun dolore ; nessuna reazione od altre conseguenze; cicatrizzazione molto più rapida che cogli altri metodi. L'A. afferma che in quaranta infermi, da lui finora operati con questo metodo, non ebbe bisogno di ripetere la seduta che due volte. Non un caso d'insuccesso, non la menoma conseguenza nociva. Anche i bambini si presterebbero bene.

In ultimo l'A. esamina il valore degli altri metodi curativi, finora proposti ed attuati nelle varie forme di ipertrofia tonsillare, e perviene ai seguenti corollarî : 1) le tonsille ipertrofiche peduncolate debbono essere asportate negli adulti coll'ansa candente, e nei bambini col tonsillotomo; 2) le tonsille incapsulate debbono essere asportate col suo *spezzettatore* ; 3) nelle tonsille incapsulate con forti aderenze si preferirà l'ignipuntura galvanica; 4) nella forma pseudoipertrofica o lacunare si ricorrerà all'escisione; 5) lo *spezzettamento* può sostituire tutti gli altri mezzi, diventando mezzo universale e di scelta.

(Dall'*Archivio Ital. di Otologia*, *Rinologia e Laringologia*).

V. Meyer.

Emil Mayer — *Trattamento della faringite follicolare, con una relazione di venti casi, operati colla curetta faringea (The treatment of follicular pharyngitis, with a report of twenty cases operated upon by the pharyngeal curette).*

Dal tempo in cui Chomel in Francia, ed O. Green in America descrissero per i primi quest'affezione, varî mezzi sono stati suggeriti per il trattamento, e non si andrà errati affermando che quasi ogni autore propugnò il metodo di cura che credeva più efficace. Ecco perchè nella lista dei mezzi raccomandati contro questa malattia, troviamo : la pasta di Londra, il cloruro di zinco, il nitrato di argento, il iodo solo o associato al ioduro di potassio ed alla glicerina, l'acido fenico, l' allume, la potassa caustica, il cauterio attuale, le correnti elettriche, il galvanocauterio ecc. ecc. Basta leggere questa filza di rimedî per comprendere sul colpo, che trattasi di un' affezione eminentemente cronica, la quale è suscettibile di guarire , ma mai in breve tempo come gl' infermi credono. E poichè essa è ottimamente conciliabile colla vita, la maggior parte di coloro che ne sono affetti, tostochè migliorano un poco con qualcuno dei mezzi di cura in uso, non si danno menomamente il fastidio di proseguire il trattamento fino a guarigione completa. Spesso allora accade che, se le malattia viene completamente trascurata, le glandole continuano ad ipertrofizzarsi, parecchie di esse confluiscono , indi le cellule glandolari degenerano e si sviluppano le varicosità. Non sono rari i casi di questa specie in cui, secondo Michel ed altri, tutti i rimedî finora decantati contro di essi , incluse e comprese la correnti elettriche, e persino il galvanocauterio, non dànno tutti quei risultati che se ne sperano. Anzi, si può finanche affermare che lo stesso galvanocauterio, il quale in parecchi casi , e propriamente nelle persone robuste, ha dato risultamenti del tutto soddisfacenti, in quelli deboli ha talvolta persino aggravati i disturbi già esistenti.

Il trattamento di alcuni casi, che si addimostrarono ribelli ai mezzi finora raccomandati, indusse l' A. ad escogitare qualche altro rimedio, che meglio

degli altri rispondesse allo scopo che ci proponiamo di conseguire. E codesto rimedio egli l'ha rinvenuto nel raschiamento colla curetta, col quale finora in venti casi di faringite follicolare ha avuto tre miglioramenti e diciassette guarigioni. Secondo lui, i pregi di questa cura sono tali, che nessun'altra può reggere menomamente al confronto: tutto il tessuto ipertrofizzato viene rapidamente distrutto, e si ha la guarigione radicale, perchè impossibile la recidiva; qualche volta fu possibile di curettare tutta la parete faringea in una sola seduta. In fine, la rapidità con cui si pratica l'operazione, fa si che gl'infermi vengano ben poco tormentati dal dolore. Sicchè l'A. dichiara che egli, con piena scienza e coscienza, invita i colleghi a sperimentare nella loro pratica l'efficacia di questo metodo in tale malattia.

(*New-York Eyes and Ear Infirmary Reports*, Jan. 1894).

V. Meyer.

T. Flatau e T. Gutzmann — *Il ventriloquismo — Ricerche storiche e sperimentali* (*Die Bauchrednerkunst. Geschichtliche und experimentelle Untersuchungen*).

Quest' opera dei due dotti medici berlinesi, il primo dei quali è il nostro bravo e solerte corrispondente, è, se non la più ponderosa, per lo meno una delle più riuscite che sieno state finora scritte su quest' argomento. Aggiungeremo pure, che è forse anche la più geniale per le belle ricerche sperimentali, che gli AA. hanno praticate nell' intento di projettare un po' di luce in quest' oscuro labirinto della Fisiologia. Però, s' intenderà di leggieri che qui non possiamo fare altro che limitarci ad accennare il sommario dell'Opera, ed indicare il contenuto dei capitoli, sicuri che i nomi dei due autori e l' accenno del contenuto costituiscano la più potente attrattiva per coloro che s' interessano di quest' argomento.

Nella prima parte, gli AA. fanno rilevare che il ventriloquismo era noto già fin dai più antichi tempi. La prima notizia su di esso la troviamo in un libro caldaico di profezia, elaborato dal re Sargon I, duemila anni prima dell'era cristiana. Jamblichus nel quarto secolo dopo Cristo dice espressamente che i caldei coltivavano la negromanzia, e coi loro ventriloqui interrogavano lo spirito dei morti sull'avvenire. Anche nella Bibbia vi sono molti passi mosaici, i quali accennano al ventriloquismo.

Nel *De engastrimyto dissertatio* di Allatius è accennato come ipotesi, ciò che oggi è ritenuto quasi per vero, cioè che l' oracolo delfico veniva profferito ventriloquamente. Lo stesso fu fatto anche nell'India. Ippocrate nel suo 5° libro sulle malattie generali descrive la malattia della moglie di un certo Polemarco, la quale esordì con infiammazione nella gola e febbre alta. E soggiunge che essa « cacciò dal petto un rumore, come quelle che sogliono produrre le cosidette ventriloque. »

Le notizie che dal Medio Evo ci sono state tramandate sul ventriloquismo sono scarsissime. È nel secolo decimosesto che incominciano a pubblicarsi con maggiore frequenza le opere sul ventriloquismo, che troviamo menzionato finanche negli scritti di Peter Crinitus, di Erasmo di Rotterdam e di G. Mercuriale, il celebre professore di Padova, di Bologna e di Pisa, tanto rinomato per la sua eccellente opera: *De Arte gymnastica*. Nel secolo decimo-

settimo il celebre anatomico italiano **Casserio**, nella sua opera: *De vocis auditibusque organis*, parla di una certa Marta, la quale fu esaminata persino dalla Società Medica di Parigi. Ed è strano che il **Casserio** attribuisca il ventriloquismo di questa donna ad un'azione magica, quasi diabolica: *hinc etiam patet, vocem illam, quam articulatam, ex ventre aut pectore prodeuntem, ore labrisque clausis, quosdam edidisse, lectione atque auditione accepimus, non naturalem fuisse, sed magicam atque diabolicam* ». A partire da quel tempo aumenta il numero di coloro (specie medici e fisiologi di vaglia) che tennero non soltanto parola del ventriloquismo, ma cercarono persino di rendersene ragione scientificamente; fra di essi sono a menzionare soprattutto **Hieronymus Jordanus**, **van Dale**, **Gottlob Thebesius**, **Haller**, ecc. Ed anche alcuni distinti ventriloqui, come **Hardy**, **Scholz**, **Maccabe Thurton** ed altri, hanno scritto sul ventriloquismo, e qualcuno ha preteso finanche di insegnare il modo di diventare ventriloquo.

Nella seconda parte, gli AA. espongono minutamente alcene ricerche sperimentali frammentaree da essi fatte sopra sei ventriloqui, che volonterosamente vi si sottoposero: due ventriloqui di professione, due medici, un pittore ed un chimico. E, come è agevole intendere, le loro ricerche, condotte con un piano razionale, si sono anzitutto rivolte ad accertare il modo di comportarsi dell'apparecchio fonatore nella ventriloquia. Qui naturalmente non possiamo esporle per filo e per segno, sicchè ci dobbiamo limitare a riassumerle nei loro punti più salienti. In complesso, dalla loro indagini laringoscopiche e laringofotografiche, risulterebbe che nella ventriloquia le corde vocali mostrano un *quid medium* fra la posizione che assumono per la voce di falsetto sino alla posizione di adduzione nel tossire. I cangiamenti, che esse allora sogliono presentare, servono in parte a determinare un più forte restringimento della glottide. Queste abnormi posizioni delle corde vocali funzionerebbero come un meccanismo di affievolimento ed oscuramento della voce. Inoltre, gli AA. hanno constatato altre alterazioni nella posizione e nei movimenti dell'epiglottide e delle false corde. Il modo di comportarsi di queste ultime ricorda assolutamente lo smorzamento delle vibrazioni di una membrana tesa sopra un tubo, mediante un dito applicato lateralmente. Tenendo presente le belle ricerche sperimentali del **Mueller**, non riesce difficile comprendere che codesti movimenti delle false corde possono modificare in modo svariatissimo i suoni. In quanto ai movimenti dell'epiglottide, gli AA. portano opinione che essi non debbano avere alcuna importanza nel ventriloquismo, avendo constatato che coll'esercizio si riesce a frenarli, e, ciò malgrado, la voce del ventriloquo non muta affatto. Per ciò che concerne l'altezza musicale della voce dei ventriloqui, gli AA. hanno anch'essi constatato che essa si muove un'ottava al di sopra del registro di petto. La sua estensione al principio è sempre molto limitata, e comprende soltanto pochi toni; però, coll'esercizio e colla volontà si riesce ad aumentarla gradatamente, ed in ultimo a portarla al di là di un'ottava.

Anche nell'articolazione delle parole, gli AA. hanno constatato importanti differenze peculiari nei ventriloqui, le quali meritano tutta la nostra attenzione, benchè non ancora ce ne potessimo dare una sufficiente spiegazione.

Ne daremo qui un solo esempio, che sia suggello di quanto affermiamo. Ammettiamo di voler profferire la consonante *d*; è noto che la punta della

lingua si addossa contro la superficie posteriore degl'incisivi, ovvero contro il margine dentale del palato duro. Però, noi possiamo portare anche la punta della lingua ad una certa distanza in direzione posteriore, senza che sia impedito di profferire la *d*. I ventriloqui, invece, possono portare la lingua molto più in dietro. L'articolazione delle labiali viene saltata, per così dire, in modo abbastanza strano, e spesso differente fra due ventriloqui. Qualcuno di essi, per es., vi riesce coll'impartire tale una configurazione alla bocca, che il labbro inferiore si approssima molto all'incisivo superiore, mentre il mascellare inferiore viene alquanto spostato in avanti, ecc. Ad ogni modo, per ora da queste indagini, certamente pregevolissime, non è possibile di trarre alcun corollario assoluto, sia per lo stato ancora iniziale di queste ricerche, sia perchè, come accennammo, i rispettivi reperti spesso mostrano variazioni da un caso all'altro.

Anche sulla respirazione dei ventriloqui gli AA. hanno fatte alcune osservazioni degne di nota. Nel modo stesso con cui l'esame della configurazione della glottide fe rilevare che nel ventriloquo viene serbata una posizione media fra la chiusura della laringe nel tossire e la posizione che essa assume nella voce di falsetto; così parimenti essi avrebbero constatato che nell'azione associata dei muscoli dell'addome e del diaframma viene serbato un quid medium fra la contrazione massima dei muscoli dell'addome con contemporanea posizione inspiratoria del diaframma e l'intervento di elementi inspiratorî ausiliarî durante l'espirazione. È evidente che questa combinazione rende possibile al ventriloquo, nel momento in cui deve emettere la voce, di potere adibire, per una espirazione più o meno lenta, tutta la quantità di aria che teneva raccolta nel serbatoio fonetico. Lo scarso consumo di aria nella fonazione ventriloquistica si spiega in parte colla posizione respiratoria dell'epigastrio col diaframma ed il concomitante rallentamento degli ordinarî movimenti di espirazione, mentre d'altro lato, la forma dell'apparecchio di fonazione, che si avvicina molto alla posizione di chiusura, rende possibile in ogni momento di apportare un sostegno, o finanche una compensazione quando la compressione dell'aria nei pulmoni è troppo forte o troppo debole.

La completa coordinazione di tutti i fattori che producono i suoni ventriloqui, esiste quando mercè l'aria, mossa nella forma ora accennata, le corde vocali, portate in adatta posizione e debitamente tese, cadono in vibrazioni, mentre nel tempo stesso le camere di risonanza colla loro peculiare configurazione rendono possibile di conservare e graduare il timbro.

Questo il sommario di un'Opera nella quale alla paziente erudizione è mirabilmente associata la indagine sperimentale, la quale, benchè, per la difficoltà inerente all'argomento, ha potuto essere soltanto frammentanea, a spezzoni, certo è che ha projettato nuova luce in un campo ancora così oscuro, ed inciterà a nuove ricerche le quali, è da augurarselo, ci faranno comprendere meglio uno dei fenomeni più mirabili che si conoscono, il quale merita tutta la nostra attenzione.

V. Meyer.

CONCETTI DOTT. L. — *Studi clinici e ricerche sperimentali sulla difterite.*

Il lavoro del dott. Concetti, distinto pediatra romano, può dirsi a ragione uno dei migliori e più completi venuti alla luce in questi ultimi tempi sulla difterite. Esso è il risultato di una serie di osservazioni cliniche e di ricerche sperimentali fatte con tanta abilità e pazienza per parecchi anni di seguito nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Roma, diretto dal chiar.° Professore Celli.

Il lavoro consta di 8 capitoli, sui quali procurerò di riassumere i concetti principali nel miglior modo possibile e per quanto mi consente il limitato spazio di una rivista.

1.° *Etiologia della difterite.*—L'A. afferma che oltre la difterite tipica, vera, determinata dalla presenza del bacillo di Loeffler, vi sono altre forme difteriche (streptococchi e stafilococchi, diplococco lanceolato e capsulato di Fraenkel e forse il bacterium coli comune di Escherich ecc.) che mentre prima erano ritenute benigne (pseudo-difteriti), ora dopo le osservazioni di Barbier e dell'A. stesso debbono assolutamente considerarsi della stessa gravezza delle difteriti vere, sia per i fatti locali (adenopatie, crup), sia per i fatti generali infettivi (albuminuria, morte, paralisi postume). I vari agenti patogeni si associano di sovente per produrre la forma morbosa. Secondo l'A. l'esame batteriologico diviene necessario sia in vita che dopo la morte, non tanto per la prognosi, potendosi avere forme gravissime senza il bacillo di Loeffler, ma per mettere in rapporto le osservazioni cliniche ed i reperti anatomici con i risultati batteriologici. Giustamente dice l'A. che su di esso deve essere rifatta a nuovo la patologia della difterite per vedere quali sieno i fatti che spettano al bacillo del Loeffler e quali ad altri microrganismi, onde stabilire il valore di alcuni sintomi, la differenza negli esiti, e nelle successioni morbose, e il giudizio vario sull'efficacia o meno di alcuni metodi di cura.

Trae, quindi, la conseguenza che nello stato attuale delle nostre conoscenze l'unità etiologica della difterite non corrisponde al concetto della sua unità clinica. Le forme più gravi sono forse indotte dagli streptococchi, sieno essi soli, ovvero associati.

2.° *Della rinite difterica primitiva.* — L'A. in questo capitolo riporta delle storie cliniche convincenti per affermare che esiste una rinite difterica primitiva da bacillo di Loeffler che può restare localizzata sulla mucosa delle narici anche per mesi (a corso cronico), la quale in genere è benigna, subdola, e può passare inosservata. La caratteristica di questa forma di difterite è quella di avere un andamento di cronicità: fatto che contrasta col corso della difterite comune, che è in genere eminentemente acuto. E qui riporta la scarsa letteratura dei casi di difterite a forma cronica o meglio a corso prolungato, come vuole Cadet de Cassicourt. Però i casi riferiti dall'A. possono chiamarsi veramente cronici, l'andamento della malattia essendo stato positivamente cronico nel senso più esatto della parola, perchè come tale iniziò e come tale si mantenne più, o meno lungamente, fino a 3 o 4 mesi, e in tre casi, uno come tale finì senza dar luogo alla forma d'infezione comune, come avvenne negli altri due; in uno dei quali si determinò l'angina difterica e nell'altro il crup. Ed è per queste possibilità di diffusione che la difterite nasale primitiva va studiata e curata energicamente, anche per evitare il con-

tagio ad altri. Raccomanda quindi nelle epidemie difteriche di osservare bene le narici, specialmente nei casi di corizza, e, constatate le false membrane, attuare una cura sollecita ed energica, insieme a tutte quelle precauzioni di profilassi e di isolamento che dettano i precetti della cura più razionale e della igiene più severa e scrupolosa.

3.° *Della laringite difterica primitiva* — L'A. tratta magistralmente questo capitolo, sostenendo con osservazioni proprie e coll'autorità di vari autori, fra i quali Massei, Thorne, Fede ecc. l'unità etiologica del crup e della difterite, e quindi afferma in modo assoluto che il crup, così detto primitivo, non è che una localizzazione sulla laringe dello stesso principio difterico, che attacca generalmente le fauci: esso, nelle forme tipiche e più frequenti, è costituito dal bacillo del Loeffler. L'A. sopra 22 bambini affetti da crup primitivo, ha dimostrato il detto bacillo in 19 di essi. Questo fatto è importantissimo, poichè tronca le discussioni che si vanno facendo da molto tempo sull'argomento fra dualisti e unicisti e perchè impone, nei casi di crup, le stesse misure d'isolamento, di disinfezione, di assenza dalle scuole ecc. come nella difterite vera.

4.° *Sulla difterite dei colombi* — L'A. dopo aver narrato quanto si conosce finora sull'argomento, che secondo me, non ancora è studiato, dice che la difterite spesso ha una provvenienza animale e specialmente aviaria (1). Però anche nelle varie serie di animali la forma clinica difterica può essere l'esponente di varii elementi batterici patogeni, fra cui un corto diplococco studiato e rinvenuto dall'A. in una epidemia di colombi ed anche in un bambino affetto da crup prolungato. Soggiunge che le ricerche sull'argomento sono scarse.

Anche questo capitolo viene chiuso col raccomandare l'accurata sorveglianza degli animali domestici e specialmente dei polli, dei piccioni ecc., accompagnata dalla più rigida igiene.

5.° *Resistenza del virus difterico* — L'A. dopo aver fatto, sopra brani di false membrane, in numero di 30, conservati in varii modi e per vario tempo, da un minimo di 3 mesi a un massimo di 13 anni, accurate ricerche, ebbe per risultato costante che in nessuna di esse fu trovata traccia di bacillo di Loeffler. Perciò inclina a credere che il virus difterico non abbia quella grande resistenza che molti gli attribuiscono.

Ha osservato pure che nelle culture, specialmente se conservate nei mesi estivi, il bacillo di Loeffler comincia coll'attenuarsi e dopo qualche mese muore. L'A. termina col dichiarare che non si nutre il più lontano sospetto che in base alle sue osservazioni egli creda inutili quelle misure profilattiche che si fondano sulla disinfezione degli ambienti, dei mobili, degli oggetti di

(1) A scanzo di equivoci, facciamo notare che da molti distinti batteriologi, es. il De Giaxa di Napoli non si crede affatto all'identità tra la *difterite aviaria* e quella *umana*, e che quindi questa potesse dipendere da quella.

Nel corso di quest'anno, qualcuno di noi ha personalmente visto delle masse difteriche provenienti da polli morti per tale morbo, da cui fatte, colle debite cautele, delle inoculazioni nei soliti liquidi di cultura, non si ebbe sviluppo di quei microrganismi che sogliamo così facilmente trovare nella difterite umana; sicchè quest'argomento ha bisogno ancora di molto studio prima di potersi convenientemente decidere la quistione.

N. d. R.

vestiario, sulle regole che devono osservarsi nella inumazione e desumazione dei eadaveri, ecc.

6.° *Terapia antibatterica della difterite* — È assolutamente impossibile seguire l'A. in tutti gli esperimenti fatti sopra oltre 80 rimedi, sia in sostanza, che in varii titoli di diluizione, per arrivare a comprendere i risultati ottenuti, esposti sotto forma di tabelle, che i lettori possono consultare con vivo vantaggio pratico nel lavoro originale. I rimedi che meritano d'essere prescelti sono: il sublimato corrosivo per nebulizzazioni 1 : 10,000 (1) con aggiunta di acido borico 2 : 100; il nitrato d'argento 1 e 2: 30; il calomelano e il timolo in polvere; l'acido cloridrico 5: 100; il nitrico 2: 100; il timolo 5: 100; il creosoto, il crèeylolo, l'acido solfo-cresolico 5 e 10: 100; la pioctanina bleu 1 : 100 e il tribromuro di jodio 1: 100 e 1: 500.

L'A. asserisce che la t.rapia antibatterica locale dà, nella cura della difterite, poca speranza di successo, perchè è quasi impossibile di raggiungere coll'antisettico i batteri patogeni annidati nelle anfrattuosità delle fauci e retrobocca, e perché sono pochissimi gli antisettici che spiegano la loro azione in modo energico senza offendere i tessuti.

7.° *Cura della difterite colle lavande.* — Secondo l'A. il migliore metodo di cura locale della difterite è costituito dalle lavande, qualora esse possano essere fatte abbondantemente, a getto ampio e forte e il più spesso possibile. (2) Indica come presidii ausiliarii le polverizzazioni e i gargarismi antiset-

(1) A proposito della *cura locale* della difterite mercè le polverizzazioni di sublimato corrosivo, non possiamo nascondere la nostra meraviglia nel vedere omesso completamente il nome del prof. Massei, che fin dal 1875 (quando nessuno nè in Italia, nè all'Estero ne aveva ancora parlato) ebbe l'idea di mettere a profitto l'azione parassiticida del *deutocloruro di mercurio*, stabilendo fin da allora un razionale metodo di cura, che è stato confermato dai successi terapeutici e dagli esperimenti del prof. Escherisch, il quale *ha potuto dimostrare, nella maniera più semplice ed incontestabile, cioè con inoculazioni fatte prima e dopo la disinfezione delle fauci, che coll'applicazione locale dei disinfettanti, specie del sublimato al millesimo, possono distruggersi i bacilli difterici esistenti nella faringe,* appunto perchè i bacilli di Löffler, come si sa, non si trovano solo nelle placche, ma anche più o meno diffusi nella mucosa delle fauci ed anche più giù. Dobbiamo aggiungere pure che la batteriologia ha trovato perfettamente giusta la pratica della nostra scuola, di preferire, cioè la polverizzazione alle pennellazioni, come pure di evitare per quanto é possibile il distacco forzato delle false membrane, come quello che può dar luogo a forte emorragia, ovvero ad infezioni secondarie, che, se fatte da streptococchi, possono assumere una speciale gravezza.

N. d. R.

(2) Dobbiamo confessare che siamo poco amanti delle lavande elevate a metodo come dice l'autore, sia perché i bambini poco o niente si prestano a questa specie di medicatura, sia perchè, in certi momenti critici, in cui è persino pericoloso la semplice osservazione delle fauci, può aversi qualche brutta sorpresa; ragione per cui crediamo sempre più preferibili le polverizzazioni, come quelle che fanno abbastanza bene pervenire il rimedio nelle anfrattuosità diverse della gola, provocando con la contrazione delle parti, la fuoriuscita delle secrezioni e delle placche prossime a staccars'. Iniziate per tempo e metodicamente, esse ponno risparmiare l'aumento e la decomposizione delle pseudo membrane. Laonde noi, senza criticare la proposta, che in massima accettiamo come *razionalissima*, ne vorremmo, *praticamente* parlando, limitare l'uso. E difatti, nella sua splendida confe-

tici, quando l'età del bambino lo permetta, e le insufflazioni di calomelano.

8.° *Tentativi di cura dell' avvelenamento difterico* — L' A. in quest' ultimo capitolo, riferisce i tentativi più seri dedotti dalle osservazioni e dagli esperimenti di laboratorio fatti sulla cura della difterite con i sieri guaritori, o meglio isolando dai medesimi sostanze attive che possano favorevolmente agire contro la tossina difterica. Di questi studii si occuparono principalmente Behring e Kitasato (1890), Roux e Jersin, Fraenkel e Brieger, Proskauer e Wassermann, Vernicke e Aonson (1892, 1893), Mironooff ecc.

L'A. passa quindi a narrare le sue ricerche sopra alcune sostanze della classe dei farmaci officinali che han goduto e godono tuttora una certa forma nella terapia generale della difterite, e che anche dal punto di vista sperimentale hanno ricevuto una certa sanzione in appoggio alle osservazioni cliniche. Però ha preferito di tentare più a lungo lo sperimento per alcuni rimedi usati con maggiore reputazione ed a tale uopo ha scelto i preparati mercuriali ed i jodici.

Fra i preparati mercuriali ha sperimentato il sublimato corrosivo ed il calomelano, ed è convinto che una certa azione favorevole essi possono spiegare contro l'avvelenamento difterico: fra i due preparati dà la preferenza al calomelano, che è stato usato con qualche vantaggio anche nel campo clinico per iniezioni ipodermiche.

Per fare gli esperimenti sui preparati di jodo, contro la tossina difterica, l'A. si è servito della stessa soluzione adoperata da Vaillard contro il tetano, ossia di una soluzione di jodio in acqua distillata e sterilizzata, nella proporzione di 1 : 300. Anche il jodio mostra di possedere una qualche azione favorevole contro l'intossicamento difterico; azione che si dimostra tanto in vitro, che in alcune esperienze fatte sugli animali.

F. Egidi.

---

renza « *Non nocere* » il Jacobi, mentre insiste sulla necessità di sbarazzare le vie nasali dalle false membrane, stigmatizza l'abitudine di rimuovere dal letto i bambini, raccomanda una siringa di vetro con oliva, per le irrigazioni nasali e la posizione sul decubito dorsale, o quasi, per praticarle.

N. d. R.

SOCIETÀ LARINGOLOGICA BERLINESE

Il Presidente, come delegato della Società per l'XI Congresso Internazionale, riferisce sul corso degli atti della sezione Laringologica, ed esprime la sua soddisfazione per il modo come decorsero. Fu espletato l'ordine del giorno, furono trattati quasi tutti i temi di cui si faceva parola in esso, e fu letta una serie di conferenze, una parte delle quali era importante. Inoltre asserisce che la Laringoiatria fu rappresentata in modo cospicuo nel Congresso. Riuscirono ottimamente le feste sociali, fra le quali meritano di essere menzionate soprattutto quelle del Comitato di Organizzazione e della Società italiana di Laringologia e di Otologia.

Prima di passare all'ordine del giorno, Schadewaldt ritorna a parlare del caso di laringite ulcerosa tubercolare da lui presentato, nel quale si verificò la guarigione con frizioni di creolina. Però, dopo qualche tempo, apparve una nuova piccolissima ulcerazione tubercolare, la quale è guarita dopo avere consumato un duecento grammi di creolina. I focolai tubercolari, esistenti nel lobo superiore destro, sono rimasti stazionarî da anni.

Lublinski riferisce sopra due casi di papilloma con sede rara. In uno di essi il tumore risiedeva sull'arco palatoglosso, nel secondo sulla superficie posteriore della base dell'ugola. Erano grossi quanto un pisello.

Alexander mostra una inferma, la quale avea stenosi di una narice. Mentre aspirava acqua per quella narice, avvertì bentosto dolori nell'orecchio, ed ebbe una otite media.

Landgraf presenta un preparato di pachidermia verrucosa della laringe. La verruca risiedeva sulla parete posteriore; i cercini sulle corde vocali erano senza depressioni centrali. L'estirpazione riuscì colla curetta doppia.

Rosenberg mostra una inferma di ozena, nella quale sono visibili gli orifici dei seni sfenoidali.

Schadewaldt, rispondendo alla domanda di Herzfeld, espone il modo come egli pratica le frizioni. Egli adopera la creolina pura; indi fa spalmare la lanolina sulla pelle. Il preparato non deve essere mescolato con acqua: soltanto allora vien ben tollerato.

Rosenberg pone in dubbio la guarigione dell'ulcerazione. Per l'aspetto e la mancanza di una cicatrice, egli la riguarda come una ulcera che tende alla guarigione.

Schadewaldt fa rilevare la distinzione fra lo stato iniziale e quello presente.

Lublinski accenna alla possibilità della guarigione spontanea, che è stata spesso osservata.

Rosenberg dichiara che egli non ha inteso di porre in dubbio il miglioramento; però, non si è potuto convincere della *scomparsa* dell'ulcerazione.

Schadewaldt accenna di nuovo al grande riserbo che è imposto nella interpretazione del suo reperto.

Venendo a discutere sul caso di Rosenberg, Herzfeld pone in dubbio se gli orificî sieno quelli del seno sfenoidale, soprattutto perchè egli crede di averli parimenti veduti nella rinoscopia posteriore.

Rosenberg respinge le obbiezioni, fermandosi sulle sue misurazioni, e nega che gli orificî sieno visibili colla rinoscopia posteriore. Forse trattasi di una produzione a forma di di concamerazioni.

Flatau invita Rosenberg a non tener conto per la diagnosi che delle misurazioni prese dalla parete faringea posteriore fino all'apertura del naso.

Fraenkel opina che nel caso di Landgraf si sia trattato di una pachidermia diffusa, e non già della cosiddetta pachidermia verrucosa del Virchow.

Landgraf risponde che la produzione era circoscritta, aveva un aspetto rosso, e gli fu inviata come polipo.

Passando all'ordine del giorno, Katzenstein fa alcune comunicazioni sull'innervazione del crico-tiroideo. Ha ripetuto gli esperimenti di Exner non soltanto sui conigli, ma anche sul cane e sulle scimie. Sul coniglio ha potuto confermare i suoi primi risultamenti sul ramo faringeo del vago. Colla stimolazione elettrica si ebbe sempre tale una contrazione del crico-tiroideo, che egli deve ammettere una innervazione diretta. Nel cane, soltanto in rari casi potette constatare un'anastomosi fra il faringeo superiore e medio. Non fu accertato alcun passaggio del secondo ramo nel crico-tiroideo. L'O. fondandosi sopra i risultamenti della stimolazione elettrica e sugli esperimenti di controllo, crede che il faringeo medio non innervi il crico-tiroideo, tranne i rari casi in cui nel primo decorrono fibre del laringeo superiore. Inoltre Katzenstein cita le sue recenti osservazioni anatomiche sul gatto. Stimolando il faringeo medio, che decorre analogamente come nel cane, non si verifica una contrazione del crico-tiroideo. Anche qui, analogamente come nel cane, furono fatti esperimenti di controllo (stimolazione del vago dopo estirpazione del laringeo superiore). Nella scimmia, il Katzenstein nelle sue ricerche anatomiche non ha potuto accertare alcnuo sbocco nessuna terminazione nel crico-tiroideo. In un esperimento sul vivente non si produsse alcuna contrazione del crico-tiroideo.

Sicchè soltanto nel coniglio esiste una innervazione motrice diretta.

TH. FLATAU (Berlino).

VARIA

LA SEZIONE DI LARINGOLOGIA

AL CONGRESSO INTERNAZIONALE MEDICO IN ROMA

Impressioni e ricordi

Io non ho, in questo brevissimo spazio di tempo che mi divide dalla pubblicazione del giornale, la calma necessaria per esporre in esteso le impressioni del grande avvenimento scientifico, e ch' io raccolsi fugacemente in molteplici pagine sparse del mio *carnet*. E mentre il ricordo d' una grande festa della scienza, imponente e fragorosa, turba ancora il mio raccoglimento con la oscillazione lunga dell' entusiasmo che lo ha provocato, un dubbio atroce e tenace turba maggiormente l'animo mio.

Serberanno ancora in sè, dopo molti giorni, i miei fogli volanti, il colorito vivace e la espressione vera, onde erano ripieni quando io li scrissi? Avrà il tempo trascorso aggiunto lo sbiadito agli attributi di forza benefica e di bellezza, che alle mie poche note, giornalmente aggiungevo con la immaginazione riscaldata dal desiderio? La frase risponderà ancora all' idea, lo aggettivo essendo lontano dal definire i sentimenti che, d'ordinario, hanno agio di trasformarsi nel tempo che vola?!

Ecco quanto mi sono addimandato, perplesso, nell' accingermi a riordinare queste poche cose.

°°°

Dell'XI° Congresso Internazionale Medico vive e vivrà sempre il ricordo, come sempre splendente resterà l'aureola che gli deriva dall' unanime plauso del pubblico medico di tanta parte del mondo. E del Congresso ha suscitato attraenza maggiore il luogo dove s'è adunato: *Roma, la città dei Cesari, la città eterna*. Così, col più vivo compiacimento ed interesse, il mondo intero ha guardato all' universale riunione, grande nella solennità del momento per la scienza e per l' opera ancora più grande d' intensità ed estensione.

Gloria ed onore a Guido Baccelli!

Non è nelle mie forze il parlare del Congresso in generale: il compito che mi propongo è quello di riferire intorno alla Sezione di Laringologia.

Io non so neppure cosa ne pensi ancora, in questo momento, il Direttore di questo giornale, che fu il Presidente della Sezione, e quindi non ho l' intenzione di chiedergli il permesso d' interpretare telegraficamente i suoi sentimenti; ma poichè « *les amis de mes amis sont mes amis* », io, che sono da gran tempo amico e devoto discepolo suo, e per di più sono diventato oggi anche amico dei suoi amici italiani e stranieri, posso senz' altro procedere

all'interpretazione del suo animo, esprimendo, agli intervenuti alla nostra Sezione da per ogni dove, la più viva riconoscenza.

E non si ecciti il prof. Massei, e non mi faccia il viso dell'armi se per lui mi dichiaro *Cicero pro domo...*, perchè, questa volta, si tratta proprio di riconoscenza, di ammirazione e non d'altro.

La Sezione di Laringologia, certo, era lì nei suoi cento e più intervenuti, nella sua magnificenza, e risultava integra nei suoi pregi, e nell'interesse che destava. Fränkel, Chiari, Schmidt, Semon, Onodi, Sajous erano lì a compiere una fusione mirabile ed insperata; Gouguenheim, Moure, Garel, Raugè, Masse, Ruault, Garnault, rappresentanti francesi, conciliavano la rispettabile graziosità della loro *verve* con l'importanza predominante dell'avvenimento, Schmiegelow, Moll, Flatau, Schmithuisen Lubliner, Schadewaldt, Berliner, Sokolowski, Sedziak, Catti, Braun, Michael, Fink, Rosenfeld, Laker, Hopmann, Burger, Tymowshi, Secretan, Cöen, Paul Koch, Aronhson ed altri, una riunione cosmopolita di distinti e forti campioni in laringologia, contribuivano anch'essi alla splendente idealità che si sente, più che non si esprima.

La Spagna avea per suoi rappresentanti i dottori Botey e Roquer y Casadesus, apportatori del proprio contributo in studî di cui si ammirano la serietà e l'interesse.

E che dirò della colonia inglese (il Saint-Clair Thomsen, il Dundas-Grant ed il Bronner ne erano i rappresentanti), di questa gente sentitamente innamorata dell'Italia ed amica nostra, di questa gente non tormentata dal pensiero del presente, che passa e ripassa le Alpi con disinvoltura meravigliosa, che ha l'eleganza spigliata e la nota nobile e alta del sentimento che domina signora nella loro fibra, e che nel loro glaciale temperamento hanno qualche cosa di grandemente simpatico ed attraente?

E degli Italiani quasi tutti intervennero, e notai il Labus, il Gradenigo, il Putelli, il Brunetti, il Fasano, il Masucci, il Dionisio, l'Egidi, il Nuvoli, il Corradi, il Trifiletti, il Damieno, il Garzia, l'Isaia, il Fiaccarini. il Ficano ed altri.

Affaticato come sono ancora dal lavoro plaudente e dalle discussioni scoppiate intorno alla mia persona di *claqueur* sincero e volontario e di *segretarius optimus* (Fränkel), io non oso fidare adesso nella mia memoria, epperò cito, per ordine cronologico, tutto quanto d'importante ebbe luogo nella nostra Sezione, tanto più che questo non è un resoconto, del quale tutti hanno già letto, in molti giornali, in molte lingue, le numerose pagine, ma una *impressione ed un ricordo.*

I *temi ufficiali* furono ampiamente discussi non solo dai relatori prescelti dal Comitato ordinatore, ma eziandio da quasi tutti gl'intervenuti.

La *pachidermia della laringe* ebbe a relatori il Fränkel di Berlino e il Chiari di Vienna, due personalità che impressero all'argomento tutta la loro fama e la valentia della loro suprema arte.

Discussione importantissima, poichè la *pachidermia della laringe* è tuttora un argomento palpitante di attualità, e sarà occasione di larghi e serii studi ancora. Per non dire di tutti, ricorderò che domandò la parola, discutendo ampiamente, il nostro Damieno.

All'argomento della *cura locale della tubercolosi laringea* largo contributo apportarono i relatori Gouguenheim di Parigi ed Heryng di Varsavia.

Alle loro osservazioni si aggiunsero quelle dello Schmidt, del Massei, del Garel, del Trifiletti, del Ruault, del Sokolowski: insomma ognuno volle dire la sua parola su questo grande problema umanitario, ognuno cercò di apportare le sue analisi e le proprie opinioni, ed il Trifiletti si fermò sugli effetti del fenolo solforicinato, che sono davvero contemplabili.

L'intubazione della laringe ebbe a relatore Schmiegelow di Copenaghen, essendo dolorosamente mancato l'altro correlatore, il Lefferts di New-York. Egli seppe con sagge considerazioni far rilevare i pregi e l'utilità di questa novella terapia chirurgica.

Moure di Bordeaux riferì largamente sul tema « *parallelo tra elettrolisi* ed *altri mezzi chirurgici nella cura delle deviazioni del setto* ». L'argomento destò vivo interesse e la discussione fu ampia.

Ed eccomi al Prof. Masini di Genova, il relatore del tema *sull'innervazione motrice della laringe*. La sua relazione fu dotta, e i suoi esperimenti rivelarono la serenità e la sagacia d'un forte e paziente operatore, e senza dilungarmi di più, quando avrò detto soltanto che le sue ricerche furono apprezzate grandemente dal Semon (suo contraddittore), dal Massei, dal Garel, dallo Schmidt, e dal nostro Trifilettti, e che egli -- il prof. Masini — fa onore coi suoi studi all'Italia, io non avrò a fare altro che apporre il mio punto finale, un punto coronato, che compendii tutta la grandiosità e l'interesse, d'una tra le più belle feste della scienza e delle più attraenti sedute della nostra sezione al Congresso.

E passo oltre.

°°°

S'io volessi dire anche di tutte le feste ed i ritrovi ai quali si prese parte, certamente non la finirei con le descrizioni. Mi basti ricordare che tutti gli inviti, e i banchetti furono pari alla grandiosità dell'avvenimento.

Ricordo il primo offerto dal Comitato della nostra Sezione ai Laringologi più insigni. Indimenticabile resterà, voglio almeno sperarlo, nell'animo di tutti, lo splendido *lunch* che la Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia, offrì ai colleghi esteri, nell'Hotel Marini.

Grandioso, imponente, fu anche il banchetto delle Sezioni riunite. (La sezione di Laringologia era unita a quella di Ottalmologia ed Otologia). Le Signore convenute in gran numero e festeggiate ovunque, furono l'anima di questi gai ritrovi. La nostra Sezione ne contava circa 32. Ricordo bene come in tutti i banchetti, parlarono tutti, e i brindisi si succedevano un dopo l'altro: ricordo bene che il saluto d'Italia fu portato dal nostro Prof. Massei, saluto pronunziato con sentita cordialità ed allegria; ricordo anche la commozione con cui io vidi rispondere il Prof. Fränkel, e come nelle parole di lui si scorgesse un lavorio intimo e benefico di gaudio e riconoscenza: ricordo la maestria somma con cui il Politzer, il grande otologo viennese, brindò in perfetta lingua italiana, insinuando, con parole che gli sgorgavano dal cuore, il suo animo commosso: ricordo l'accento passionato e toccante del proprio idioma con cui il Semon, il Chiari, il Gouguenheim, il Sajous effondevano la grande soddisfazione e l'affettuosità del loro animo conquistato; e ricordo finalmente,

al banchetto delle Seziòni riunite, la efficacia irresistibile del brindisi di Saint Clair Thomsen che riproduco qui integralmente, nella cui bellezza delle parole e nella nobiltà dei sentimenti, l'Inglese diventato in quell'istante un Italiano autentico, parlava, amava e si abbandonava in uno slancio di passione irresistibile, afferrando la riva gloriosa, in mezzo all'uragano giocondo dell'entusiasmo unanime. Eccolo:

Signori!

« Ho sentito il bisogno di prendere la parola, e la prendo con gran compiacimento. Avrei voluto dire tante cose, ma disgraziatamente mi trovo preso repentinamente da una paresi linguistica.

Non so, se dipenda da una lesione corticale o da una affezione midollare, prodotta da tanti banchetti e tanta ospitalità. Però il processo non può essere molto esteso, perchè ho potuto mangiare ed inghiottire magnificamente bene. — Il dottore Masini ci ha detto che l'area, la quale presiede alla fonazione, si confonde coi centri motori delle gambe. Ma egli non ha operato che i cani; se avesse messo a nudo la circonvoluzione crociata d'un Inglese, avrebbe trovato che il centro che presiede alla fonazione della lingua Italiana si confonde con quello del cuore.

Signori! La mia affezione per l'Italia e per gl'Italiani, non è sorta da ieri, non è un sentimento congressista valevole per otto giorni, ma è un sentimento fondato sopra una conoscenza di tanti e tanti anni.

È qui in Italia ch'io ho primo potuto intendere il vero significato della parola «*simpatico*», è qui ove gli uomini del nord che soffrono dal freddo, dalla nebbia e dello *spleen*, vengano a trovare una popolazione simpatica, anzi simpaticissima.

Posso assicurare i miei colleghi stranieri che questa perfetta gentilezza, questa squisita cortesia, quei bei modi, non sono articoli d'occasione, ma il carattere naturale ed universale degli Italiani. Il nostro poeta Lord Byron ha chiamato l'Italia «*la Niobe delle nazioni, senza corona e senza figli*». —

Ciò tanti anni fa! Come sarebbe felice questo poeta, se potesse vedere l'Italia presente coronata e nel suo posto fra le grandi potenze d'Europa. E guardate qui i figli che sono i gioielli della Corona, figli della scienza, cioè della verità, del progresso, della pace, dell'altruismo. In un paese tutto poesìa, che vanta la lingua la più nobile ed insieme la più dolce, la pianta uomo nasce più robusta che in qualunque altra terra. Noi altri siamo colpiti dalla capacità di voi, Italiani, dalla prontezza delle vostre cognizioni, dalla velocità dei vostri concetti, dal fuoco del vostro genio, dal vostro senso del bello.

L'Italia è il giardino del mondo; gl'Italiani sono il popolo del futuro. Per noi, forse, comincia il tramonto, ma per voi s'inizia un'alba gloriosa.

Bevo all'Italia e agli Italiani!

Evviva l'Italia! »

Non ricordo però quante volte il Massei, il Fränkel e tanti altri furono acclamati improvvisando brindisi, inneggiando alla scienza, all'avvenimento, che ci faceva trovare tutti lì riuniti, alle nazioni singole, ai monarchi, alla fratellanza. Li chiamavo io stesso, li applaudivo io stesso freneticamente, e

non avevo nelle tasche del *frak* il sismografo della mia eccitazione ammirativa! L'apoteosi trionfale era evidente e nel trionfo di quelle serate indimenticabili trionfava anco—come negarlo?—Ferdinando Massei, il presidente effettivo, acclamato dall'Assemblea con voto unanime, l'instancabile uomo, che nell'altezza del suo grave incarico, ha guardato tutto, ha pensato a tutto ed ha soddisfatto tutti, e con lui trionfava la scuola Italiana, la Laringologia in Italia! E non sono io solo a proclamarlo. Il Semon, cui io, interpetrando i migliori sentimenti del Direttore, rendo i migliori ringraziamenti, pubblica nel suo diffuso giornale « *Internationales Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften,* » un articolo ove riporta le sue impressioni sulla nostra Sezione; articolo del quale riassumo qui i punti più salienti.

« Tutti — egli dice — non hanno potuto fare a meno di tributare lodi al prof. Massei per il buon andamento della Sezione, andamento dovuto alle continue ed instancabili premure, spinte fino al sacrificio. Ognuno degli intervenuti porterà eternamente scolpito nell'animo il ricordo più vivo, le impressioni le più piacevoli. »

« I Congressi servono ad affiatare sempre più, a stringere maggiormente i nostri legami scientifici; e questo splendido obbiettivo è stato ragginnto nel Congresso di Roma nel modo più solenne, grazie all'ospitalità, alla gentilezza e alle premure dei nostri amici, cui mandiamo ancora una volta i nostri più caldi e cordiali ringraziamenti. »

«Se anche qualcuno di noi (è sempre il Semon che parla) ha avuto qualche volta a muovere un leggero lamento sulle disposizioni *generali* del Congresso, tutti però siamo concordi nel tributare lodi e ringraziamenti per le eccellenti disposizioni della *nostra* Sezione *speciale*, per la gentilezza cordiale del nostro seggio, per la maestria somma del nostro Presidente, che ha saputo soddisfare qualsiasi desiderio di ogni congressista e rendere soprattutto gradito, il più che fosse possibile, il soggiorno a Roma, non soltanto ai Congressisti, ma anche ai loro congiunti, dimodochè tutti indistintamente si sono formata di lui una opinione di oro, e ciascuno di essi è ritornato in patria col fermo convincimento che da oggi innanzi egli ha un caro amico personale nella bella Napoli ».

« Ed in tutto questo lavorio immenso, egli è stato validamente coadiuvato dalla sua gentile signora, nonchè dai suoi assistenti e dai sig. Nuvoli ed Egidi.»

L'articolo continua con la narrazione scrupolosa e ben fatta del modo onde precedettero i lavori della Sezione, continua con la descrizione breve ma efficacissima della parte lieta del Congresso, voglio dire, i banchetti e i *ritrovi* e termina con un crescendo di espressioni cordiali di compiacimento sentito e vero all'indirizzo del prof. Massei.

E la forza di Ferdinando Massei, soggiungo io, è venuta a lui dalla difficoltà della situazione: egli ha saputo scovrirne la logica necessità nell'ambiente che aveva studiato con mirabile precisione di osservazione, nei tipi onde questo ambiente era popolato, e dei quali egli conosceva perfettamente le opinioni e i gusti.

Nell'equilibrio logico che ha dominato tutto il lavoro della Sezione ed ha dato ad esso una tenace saldezza, non v'è stato una repressione che non sia stata giusta, uno scatto, che non sia stato adeguato all'impulso che lo produceva.

L' Assemblea, che si è vista affrontare così sapientemente e coraggiosamente, è stata poi tanto trascinata dal vigore di lui, da accettare tutto quello che a prima vista aveva creduto audacia, accettare tutto, ripeto, e compiacersi di avere accettato.

Le lacune, che sono inevitabili in momenti di grande movimento e confusione, erano sparite, ma non erano spariti i pregi e l'interesse che ha suscitato la nostra Sezione di Laringologia, e se non avessi scritto già due kilometri di prosa, io scriverei ancora e lungamente.

Ed ora il mio compito di *reporter* è finito. Sento il dovere però di tributare sentite grazie, a nome anche del Direttore e della Redazione di questo giornale, al dottor Roquer y Casadessus di Barcelona, per l'articolo pubblicato nella sua rivista e al quale ha voluto aggiungere il ritratto del professor Massei, nonchè alla Direzione del *Iournal of Laryngology Rhinology and Otology* di Londra, che, in un articolo che precede il reso conto della Sezione di Laringologia, ha parole veramente piene di compiacimento sentitissimo, riportando integralmente, in *buono Inglese* il discorso di apertura del prof. Massei.

Vorrei continuare ancora nei ringraziamenti, ma il desiderio del cronista cede alla discrezione del gentiluomo, e finisco per davvero.

.·.

Tale, o Signori, è stato il successo della nostra Sezione, nel l' XI° Congresso Internazionale di Roma. Tale, o signori, è stato il grande avvenimento scientifico: di siffatti avvenimenti e di siffatti successi ha bisogno l'Italia, che non si deve accasciare di più, che deve tenere al mondo e a sè la promessa, fatta nello stesso rinascere, di voler essere luce d' intelligenza, e raggio di pace, e che noi, veramente innamorati della patria, dobbiamo rivederla vecchi, come l'hanno immaginata giovani e quasi fanciulli i nostri antenati, potente senza corruttela, primeggiando come già innanzi nella scienza, nelle arti, in ogni operosità civile, sicura e feconda di ogni bene nella sua vita nazionale rinnovellata, principio e causa allo Stato e ai privati d' un agire incessantemente forte e morale e scompagnato da ogni abbiezione e viltà.

R. Borgoni.

Salutiamo con vero piacere una splendida pubblicazione: « *l'Atlante di Laringologia e Rinologia (Atlas de Laryngologie et de Rhinologie)* de' dottori A. Gouguenheim e J. Glover, edito per cura della casa Masson.

Sono 37 tavole in nero e colorate, che comprendono in tutto 246 figure, oltre ad altre 47 intercalate nel testo.

Merita attenzione il metodo seguito dagli Autori, quello cioè della divisione in parecchi capitoli, i quali comprendono rispettivamente: l'anatomia topografica, la clinica, l'anatomia ed istologia patologiche, la medicina operativa.

I disegni, eseguiti da uno degli Autori, cioè da un medico, sono stati fatti dal vero, da pezzi freschi o disseccati e quelli dei casi clinici sono stati presi dal vivo.

Il testo è un commentario di queste figure, ma la concisa descrizione ne fa, di questo Atlante, anche un vero manuale pratico.

Il volume, elegante, di grande formato in 4°, costa 50 franchi, un prezzo che a noi pare anche modesto, tenuto conto della ricchezza e bontà delle illustrazioni.

Informiamo con piacere i nostri lettori che *nell' Ospedale generale di Cincinnati* è stato, qualche mese fa, inaugurato un servizio speciale per la cura delle malattie della gola e del naso, sotto la direzione del nostro carissimo amico il dottor Max Thorner e del dottor William Rhodes, ai quali mandiamo, coi più lieti auguri, i nostri affettuosi saluti.

Il dottor C. Biaggi, nell' Ambulatorio policlinico milanese delle specialità medico-chirurgiche, ha iniziato un corso di Ortofonia, per la cura della balbuzie e dei difetti di pronunzia, — nella quale scuola ha adottato il metodo del Prof. A. Gutzmann di Berlino, come quello che ha finora dato i migliori risultamenti.

Questo fascicolo, malgrado che sia di quarantaquattro pagine, ne contiene quattro in più, perchè il primo era di pagine cinquantasei invece che di quarantotto.

La breve notizia abbiamo voluto darla ai nostri lettori, come un dovere, perchè non suppongano da parte della Direzione il menomo abuso.

PARTE ORIGINALE

Dispensario di Laringojatria della R. Università di Napoli, nell'Ospedale Clinico, diretto dal Prof. F. MASSEI

RENDICONTO DELL'ANNO SCOLASTICO 1893-94

(ANNO XIII D'INSEGNAMENTO)

redatto

dal Dott. A. TRIFILETTI

Coadiutore della Clinica

Siccome nei precedenti *Rendiconti* sono state considerate piuttosto da vicino le varie forme morbose facili ad osservarsi nei Dispensari di questo genere, così per quest'anno ci limiteremo ad una semplice esposizione statistica. Dei casi più salienti (che non furono pochi) si riserbano riferire separatamente gli assistenti.

Gli ammalati di naso e di gola, osservati e curati durante il corso ufficiale, ascendono al numero di 1114 (1), i quali riguardati per la loro infermità principale vanno divisi in: *affezioni delle fosse nasali 328, della faringe 452, e della laringe 334.* Ciascuna di queste grandi rubriche comprende, naturalmente, le varie infermità proprie della regione od organo affetto, nel modo e nel numero che segue.

Malattie delle fosse nasali e dei seni annessi 328, cioè:

Epistassi 10, in cui sono prevalsi i soliti dati etiologici (rinite cronica, traumi ecc.; in un caso l'epistassi dipendeva da disturbi idraulici per ateromasia aortica).

---

(1) Ecco l'elenco degl'infermi osservati negli anni precedenti, da quando funziona il Dispensario:

Nel 1° anno scolastico (1881-82) si ebbero in cura (allora il Dispensario funzionò per soli 5 mesi) infermi	N.° 162
nel 2.° anno (18:2-83)	» 707
nel 3.° e 4.° (1883-85)	» 1066
nel 5.° (1885-86)	» 856
nèl 6.° (1886-87)	» 870
nel 7.° (1887-88)	» 1047
nel 8.° (1883-89)	» 1305
nel 9.° (1889-90)	» 1178
nel 10.° (1890-91) in soli 4 mesi	» 616
nel 11.° (1891-92) in soli 5 mesi	» 857
nel 12.° (1892-93)	» 1171
in quest'ultimo	» 1114
Totale infermi	10949

Riniti acute e croniche 238: rappresentano sempre il più ricco contingente d'osservazione.

Ozena 41.

Manifestazioni sifilitiche nelle fosse nasali 11: sempre varie e complesse per i loro esiti distruttivi e deformanti.

Tumori endo-nasali (mixomi e fibro-mixomi) 13: per lo più multipli, molto sviluppati e che cedettero sempre all'ansa fredda ed al galvanocauterio; in un caso il tumore era impiantato sopra una sede insolita, il setto nasale; in un altro caso si trattava, invece, di un mixoma gigante.

Corpi estranei nelle fosse nasali 1: era un fagiuolo capitato nella fossa nasale sinistra di un bambino di 3 anni, e che fu subito estratto con la leva Massei.

Lesioni traumatiche delle stesse 3: importanti per l'ematoma consecutivo, che venne operato.

Anomalie di conformazione delle fosse nasali (stenosi congenita e deflessione del setto) 1, nel quale caso esisteva una spina del setto molto sporgente, che venne resecata con la sega, ottenendone lodevole risultato.

Malattie varie del naso (rivestimento cutaneo) 5.

Sinusiti del seno frontale 1 e del seno mascellare 3, delle quali si rimase vittorioso col solo cateterismo attraverso gli orifici naturali.

Mixofibroma del cavo naso-faringeo 1: importante per il suo enorme volume e per il suo punto di partenza, l'apofisi basilare.

Malattie della faringe (compreso l'istmo delle fauci ed il connettivo perifaringeo) 452, cioè:

Faringiti (angine) acute 30: questo numero, superiore a quello osservato negli anni decorsi, indica che la fiducia pei Dispensari pubblici cresce anche negl'infermi di affezioni acute.

Faringiti (angine) croniche 200: in due di questi casi il processo era maggiormente sviluppato a livello dell'ugola (ipermegalia), per cui si è proceduto all'*uvolotomia.*

Angina pseudo-membranosa o difterica 5: qualcheduno di questi casi fu seguito pure a domicilio.

Tonsilliti e peritonsilliti acute 26: parecchie di quest'ultime, a forma flemmonosa, hanno richiesto le scarificazioni.

Tonsilliti croniche ed ipertrofia delle tonsille 68.

20 ipertrofie tonsillari hanno richiesto altrettante *tonsillotomie.*

Ascesso tonsillare e peritonsillare 7: forma morbosa che quasi sempre ha richiesta l'*incisione.*

Ascesso retrofaringeo 3: due casi erano della forma cosidetta idiopatica e gl'infermi erano un bambino di 2 anni ed un adulto di circa 30 anni; l'altro era sintomatico di sifilide delle fauci, e l'infermo

era un giovane scultore di bronzo, che avea pure adenite suppurata al collo; tutti e tre furono operati col bistori Blandin.

Manifestazioni sifilitiche nella faringe ed istmo 59: questi casi quasi tutti importanti per la molteplicità delle forme e gli esiti morbosi.

Tumori 4: in due di questi casi si trattava di papilloma impiantato, una volta di lato all'ugola, e l'altra sul pilastro posteriore di sinistra; nel terzo caso fu diagnosticato un *fibroma della tonsilla sinistra*, il quale, all' esplorazione, si estendeva in alto, facendo protundere in avanti il velo e senza essere accompagnato da alcuno ingorgo delle glandole prossimiori; nel quarto caso si trattava di un sarcoma parvicellulare con trasformazione in fibrosarcoma, che partiva dalla tonsille destra e si allogava nella fossetta glosso-epiglottica dello stesso lato. Il caso era stato presentato dal dott. Garzia, che ne curò l'esame microscopico; riguardava un contadino di anni 45, della Provincia di Bari, di buona salute e senza precedenti morbosi, il quale era stato operato varie volte da altri, ma il tumore era ripullulato. Questa volta, era la 5ª, il tumore fu escisso con l'ansa fredda e la sua base cauterizzata generosamente con la galvano-caustica. Sono trascorsi varî mesi e l'infermo, da notizie assunte, si sente bene.

Dissesti nervosi nella faringe e nell'istmo 8 (parastesie varie, corpi estranei immaginarî, nodo isterico, paralisi del velo post-difterica e postuma d'influenza, nonchè da lesione centrale, spasmo faringeo ecc.).

Affezioni varie del cavo orale 20, cioè: erpete gutturale 1; stomatite aftosa ed ulcerativa 3; glossite follicolare acuta della base della lingua 5; postumi di glossite alla base 2; ferita traumatica del bordo linguale sinistro provocata dalla masticazione 1; infiltrato e gomme del bordo destro linguale e della base 3; leucoplachia linguale (pachidermia della lingua) 1: divisione congenita del velo pendolo 2.

Malattie della laringe e della trachea 334, cioè:

Anemia della laringe 4.

Faringo-laringiti acute e croniche 102.

Laringiti acute e pseudo-crup 20: forme primitive d'infiammazione della mucosa laringea, tanto negli adulti, quanto nei bambini, nei quali ultimi si ha avuto il quadro della laringite stridula o pseudo-crup.

Laringiti croniche 58: in alcuni di questi casi l'ispessimento della inter-aritenoidea era tale da darci il quadro della pachidermia, in altri l'ispessimento era diffuso alle corde (cordite tuberosa) ecc.

Laringo-tracheiti acute e croniche 4: in questi casi la infiammazione era diffusa egualmente alla mucosa laringea ed a quella tracheale.

Manifestazioni tubercolari nella laringe 65: parecchi di questi casi ottenevano benefizî insperati dalla cura col fenolo solforicinato al 30°; qualcheduno già in cura nell'anno decorso si ripresentava guarito.

Manifestazioni sifilitiche nella laringe 25: per lo più forme di sifi-

lide tardiva (infiltrati gommosi, pericondrite sifilitica ecc.), accompagnate spesso dal sintoma culminante, la laringo-stenosi, la quale alcune volte è stata tale da doversi raccomandare d'urgenza la tracheotomia.

Dissesti nervosi della laringe 23: cioè dissesti puramente funzionali delle corde vocali (*voce eunocoide e certe forme di afonia isterica*), e dissesti materiali dell'innervazione laringea, sotto forma di paresi o di paralisi parziale o completa delle corde vocali, prodotta da nevriti dei ricorrenti laringei in seguito ad influenza od alla compressione operata da ectasie ed aneurismi aortici, da infiltrazioni bronco-pulmonali e da glandole cervicali o bronchiali e da tumori del collo (flemmone gozzo semplice o neoplastico ecc.).

Tumori endo-laringei ed endo-tracheali 18: quasi tutti rappresentavano noduli, fibromi cistici, piccoli papillomi isolati delle corde vocali, e papillomi diffusi vegetanti della laringe, e tutti sono stati operati felicemente dal Direttore senza bisogno di tracheotomia preventiva; invece due casi di epitelioma laringeo infiltrato, con punto di partenza da uno dei ventricoli di Morgagni, sono stati rimandati al Chirurgo generico.

In questa rubrica è compreso un caso di scleroma della laringe, proveniente dalla Clinica del prof. De Amicis, le cui note laringoscopiche principali erano: mucosa laringea pallida, lieve ispessimento nell'interaritenoidea da simulare una terza cartilagine corniculata, una grande infiltrazione a livello della falsa corda vocale sinistra e della rima della glottide, la quale era ristretta alla base per 3-4 millimetri ed era obliqua a sinistra, ed in fine esisteva infiltrazione sotto-glottica.

Affezioni della glandola tiroide e dei tessuti prelaringei 13: in taques rubrica vanno compresi processi morbosi che non ledevano affatto la funzione della laringe, rimanendo a questa estranei (gozzo, adeniti, tumori sottocutanei ecc.); in due casi, soltanto, la laringe trovavasi spostata *in toto* verso uno dei lati.

Malattie dell'esofago 2, cioè una stenosi cicatriziale dell' adito esofageo, di vecchia data, ed una stenosi anche dell'adito per carcinoma; il primo infermo è stato curato con la dilatazione graduale, mentre l'altro è deceduto dopo breve tempo dall'osservazione.

Ecco ora, in quadri statistici, le affezioni osservate e le operazioni eseguite:

Malattie delle fosse nasali e dei seni annessi.

Epistassi	10
Riniti acute e croniche	238
Ozena	41
Manifestazioni sifilitiche nelle fosse nasali (compreso il mascellare superiore)	11
Tumori endo-nasali (mixomi e fibro-mixomi) . . .	13

Corpi estranei nelle fosse nasali.	1	
Lesioni traumatiche delle stesse.	3	
Anomalie di conformazione delle fosse nasali (stenosi congenita e deflessione del setto)	1	
Malattie varie del naso (rivestimento cutaneo). . .	5	
Catarro dei seni frontale e mascellare.	4	
Mixofibroma del cavo naso-faringeo	1	
Totale N.	328	328

Malattie della faringe (compreso l'istmo delle fauci ed il connettivo perifaringeo).

Faringiti (angine) acute	30	
Faringiti croniche	200	
Ipermegalia dell' ugola.	2	
Angina pseudo-membranosa o difterica	5	
Tonsilliti e peritonsilliti acute	26	
Tonsilliti croniche con ipertrofia delle tonsille . . .	68	
Ipertrofie tonsillari	20	
Ascesso tonsillare e peritonsillare	7	
Ascesso retro-faringeo.	3	
Manifestazioni sifilitiche nella faringe e nell' istmo . .	59	
Tumori.	4	
Dissesti nervosi	8	
Affezioni varie del cavo orale	20	
Totale N.	452	452

Malattie della laringe e della trachea (nonchè della tiroide, dei tessuti prelaringei e dell'esofago).

Anemia della laringe	4	
Faringo-laringiti acute e croniche	102	
Laringiti acute e pseudo-crup	20	
Laringiti croniche	58	
Laringo-tracheiti acute e croniche	4	
Manifestazioni tubercolari nella laringe.	65	
Manifestazioni sifilitiche nella laringe	25	
Dissesti nervosi della laringe	23	
Tumori endo-laringei ed endo-tracheali	18	
Affezioni della glandola tiroide	13	
Malattie dell'esofago	2	
Totale N.	334	334
Totale generale N.		1114

ELENCO DELLE OPERAZIONI

1) Asportazione di mixomi nasali con l'ansa fredda e con la pinza, in 13 casi, con molteplici interventi.

2) Cauterizzazione elettro-termica dei residui di detti tumori.

3) Vuotamento della fossa nasale destra con cucchiajo di Volkmann.

4) Resezione, con sega, di una spina nasale.

5) Estrazione di un fagiuolo dalla fossa nasale destra di un bambino di 3 anni.

6) Sondaggio ed irrigazioni del seno frontale e di quello mascellare, in 4 casi.

7) Applicazione dell'ansa galvanica in un caso di tumore naso-faringeo

8) Due uvolotomie.

9) Escissione, con l'ansa, di un papilloma dell'ugola ed asportazione di una escrescenza papillare dal pilastro posteriore di destra.

10) Asportazione e cauterizzazione di un sarcoma della tonsilla destra, in un adulto.

11) Scarificazioni in cinque casi di tonsillite flemmonosa.

12) Sei vuotamenti di ascesso, sia tonsillare, sia peritonsillare.

13) Discissione d'una tonsilla

14) Venti tonsillotomie, di cui nove doppie ed undici unilaterali.

15) Vuotamento di ascesso retrofaringeo, in 3 casi.

16) Asportazione di fibromi cistici delle corde, in 5 casi, con la pinza Koenig.

17) Schiacciamento con la pinza, o raschiamento con raschiatojo Heryng, in 8 casi d'incipiente papilloma delle corde

18) Asportazione di papillomi laringei, con pinza e raschiatoi, in 3 casi (che erano accompagnati da grave laringostenosi).

19) Dilatazione (con catetere e tubi Schrötter) di una laringo-stenosi sifilitica, in donna tracheotomizzata, seguita da:

20) Intubazione nella stessa inferma, ripetutasi sino all'ablazione completa della cannula.

Quest'anno, oltre alle *lezioni Cliniche* dettate dal professore, il dott. Trifiletti, Coadiutore, s'incaricò, come d'ordinario, della *tecnica laringoscopica e rinoscopica*, nonchè *dell'anatomia e fisiologia della laringe*; il dott. Damieno, assistente, espose un trattatello teorico-pratico sulla intubazione della laringe, nei bambini e negli adulti.

Gl'iscritti al Corso furono 84, cioè:

Laureati N.	12
Studenti di 6° anno	62
» » 5° anno	8
» » 4° anno	2
N.	84

—

Nella sessione di esami di luglio, le tesi di laurea, aventi a soggetto argomenti di Laringologia e Rinologia, sono state 13, tutte approvate e talune col massimo dei punti.

—

L'Ambulatorio, durante le vacanze, è rimasto e rimane aperto al pubblico nei soli giorni di Martedì, sotto la direzione del Dottor Trifiletti, coadiuvato dagli Assistenti, i Dottori Garzia e Damieno e dal sig. R. Borgoni.

A PROPOSITO DI UNA PRETESA GUARIGIONE MIRACOLOSA DI MUTISMO ISTERICO

pel dott. ANTONINO D' AGUANNO da Palermo

L'isteria, nella grande mutabilità dei suoi fenomeni morbosi, può arrecare, a preferenza di qualunque altra affezione nervosa, delle guarigioni istantanee, talvolta insperate, che hanno facilmente dato campo alle beghine o ai facitori di miracoli di gridare al sovrannaturale mettendo a loro profitto la buona fede dei credenzoni. Infermi paraplegici, o ritenuti per parecchi anni sordi o ciechi, e sui quali tutti i rimedi adoperati sono riusciti talfiata inefficaci, hanno assai spesso acquistato la deambulazione, l' udito, la vista, dietro una semplice visita ad uno dei tanti Santuari cui l'ingordigia e la malafede di qualche scaltro ciarlatano ha fatto acquistare una fama poco ben meritata. A questo proposito Charcot trattando delle contratture isteriche (1) osserva: « Spesso queste contratture guariscono all'improvviso, e il medico non fa che assistere alla guarigione: il malato va a Lourdes od a qualche altro Santuario celebre; oppure viene un ciarlatano qualunque che con mezzi e maniere più o meno strane, colpisce l'immaginazione del malato, ed eccolo guarito ».

L'*afonia* e meglio ancora il *mutismo isterico*, è uno di quei sintomi morbosi più appariscenti dell'isterismo che può dar luogo, sotto determinate condizioni, a guarigioni istantanee ritenute miracolose. Ciò specialmente quando dall'una parte il paziente appartiene a famiglia d'elevata condizione, e dall' altra allorchè capita tra gli artigli di un astuto farabutto che mette la religione a servizio della sua insaziabile ingordigia (*auri sacra fames!*) addebitando ad azione sovrannaturale un fatto puramente suggestivo. In tale occasione vediamo l'oscurantismo, giovandosi dell'ignoranza delle masse, fare una terribile concorrenza ai trovati più razionali che la scienza possa additarci. Ecco un caso tipico del genere che ho avuto occasione, non è guari, di osservare e che malgrado le mie cure e quelle del pari di parecchi dei più accreditati laringoscopisti e nevropatologi d' Italia, ha sortito solo un esito fausto nelle mani di un ciarlatano in molto odore di santità.

Fanciullo di anni 12, da Palermo, figlio del senatore X: di sana e robusta costituzione fisica, nessuna stigmate isterica; nulla d'ereditario; solo uno zio paterno va soggetto a fenomeni nevroastenici.

Dietro abuso dell'organo vocale (per aver preso parte alla recita di

(1) Nuove lezioni sulle malattie del sistema nervoso.

una commediola) subentrò quasi immediatamente raucedine e indi afonia, che, dapprima transitoria, si fece dopo qualche giorno permanente. Quando lo visitai per la prima volta, era afono da 8 giorni. All'esame laringoscopico le corde vocali erano leggermente arrossate, la loro mobilità perfettamente conservata, però i margini liberi presentavano una notevole arcuosità.

Da ciò argomentai trattarsi di paralisi dei tensori attivi delle corde (tiro-aritenoidei) e prescrissi il riposo assoluto dell'organo della fonazione, nonchè l'elettricità.

Prima, intanto, di decidersi ad iniziare una cura locale, i parenti, nell'assenza del genitore, vollero pigliare del tempo, però dopo tre giorni mi s' invitò a rivedere l' infermo, avendo esso perduto anche la vòce pispigliata.

Esaminato infatti il piccolo sofferente, lo trovo completamente privo di voce e di favella. Si sa, infatti, che può aversi l'assenza della prima colla presenza della seconda, essendo l'origine dell'una ben differente da quella dell' altra. Qui l' infermo trovavasi nella condizione di non poter emettere alcun suono vocale neanche inarticolato, e non entrava in comunicazione col mondo esterno che coi gesti o colla scrittura; solo di tanto in tanto si notava una specie di grugnito che l' infermo emetteva spontaneamente, quasi come un richiamo d'aria attraverso la glottide. Trattavasi evidentemente di un caso di *afasia atassica* o *mutismo isterico* sopravvenuto durante lo stato di *afonia*.

Praticando l'esame laringoscopico, si notavano, nelle corde vocali, le stesse alterazioni riscontrate nella primiera osservazione, senonchè nel far pronunziare la vocale *e*, le corde si adducevano bensì, ma non veniva fuori alcun suono: era il vero caso di dire che l'infermo era *muto come un pesce*, non già come il vero sordomuto che emette sempre qualche suono vocale.

A parte l'assenza della parola, nessuna alterazione si notava nell'umore del paziente: egli continuava a sorridere e scherzare come se nulla fosse; la sua memoria e intelligenza erano benissimo conservate, così del pari i sensi specifici. La sensibilità tattile e dolorifica della mucosa faringea e laringea, normale: così pure i riflessi laringei.

Alla prima applicazione di corrente indotta alla regione del collo ai lati del laringe, l' infermo non emette alcun suono vocale, malgrado i suoi sforzi per gridare, essendo quella abbastanza intensa: si vedeva benissimo che non era abolito il centro volitivo o quello per la motilità delle corde, sibbene quello esclusivo per l'articolazione della parola: però dovea trattarsi di una lesione meramente funzionale o *sine materia*, e ciò si arguiva non solo dal modo d'insorgere della malattia, ma anche dal fatto che il giorno prima essendogli caduta nell'occhio una goccia di non so qual farmaco, ebbe ad emettere ad alta voce una espressione dolorosa.

Continuando le stesse condizioni, due giorni appresso torno ad osservare l'infermo alla presenza del prof. **Tansi**, e vedo in un primo tempo le corde in completa fase di abduzione forzata, mentre qualche minuto dopo la mobilità ritorna normale.

Tentata invano la suggestione allo stato di veglia, si cerca d'ipnotizzare l'infermo, però egli vi si rifiuta energicamente. Lo stesso giorno, anzi, per desiderio della famiglia si sospende qualunque cura e si lascia il paziente in balia di sè.

Dopo 15 giorni ho appreso che l' infermo fu condotto a Napoli, fu esaminato dai primi specialisti della materia, ed infine visti inutili tutti i tentativi si recò in un Santuario, e là, tra il salmodiare dei religiosi, in mezzo al profumo degli incensi e durante l' atto della comunione, impostogli di gridare a coro *viva Maria*, egli, infatti, gridò d' un tratto cogli altri e riebbe la voce.

È inutile che mi dilunghi su tale risultato lusinghiero, poichè si comprende benissimo trattarsi di un fenomeno suggestivo allo stato di veglia. Si era dato a capire al piccolo infermo che la sola Vergine avrebbe potuto accordargli la grazia della favella, quindi nessun trattamento curativo dovea riuscirgli proficuo, tranne la visita a quel Santuario, fatta con tutte le cerimonie che gl' imposero e che nell'animo di un credente sono molto atte a produrre una forte impressione. E noi sappiamo, infatti, che una emozione energica basta il più spesso ad apportere la guarigione di un fenomeno isterico puramente funzionale. Ciò era conosciuto fin dalla remota antichità. È a tutti noto il fatto dal figlio di Creso che riacquistò la voce alla vista del sicario che gli uccideva il padre.

Lo spavento, del resto, come può dare origine alla scomparsa della favella, così può rendersi agente d' insperata guarigione.

Ciò è molto frequente nelle donne isteriche. Il Prof. **Piazza-Martini** mi comunicava a tal proposito un caso di mutismo isterico avvenuto giorni sono in persona di una ragazza di Cinisi, durante un accesso convulsivo: l'inferma si facea capire coi soli gesti; riacquistò la parola dopo cinque giorni in seguito ad una forte emozione. Talvolta basta la semplice introduzione del laringoscopio o lo stiramento della lingua, o la compressione esterna del laringe per fare scomparire una afonia o un mutismo di natura isterica che durava da anni, purchè, ben inteso, si assicuri l' infermo che con tale manovra riacquisterà di sicuro la favella.

Altre volte si può raggiungere lo stesso effetto mettendo in pratica un metodo di cura che l' infermo è ben lungi dal sospettare e che perciò potrà arrecarle una forte emozione. Così il **Garel** (1) riportò ultimamente delle guarigioni istantanee in casi di afonia isterica mercè

(1) Garel. Sociétés savantes.

un pugno applicato in pieno petto alle sue inferme quando meno se lo aspettavano. A parte però il trattamento un pò grossolano e poco galante verso una signora per bene, dubito se, specialmente nel caso d'insuccesso, questo metodo curativo non possa provocare una energica reazione da parte della cliente o di chi per essa, ed induca il curante a desistere per l'avvenire da una prova ulteriore.

Il mutismo isterico, sebbene non sia un fatto comune, tuttavia non è molto raro: Cartaz (1) nel 1886 ne avea raccolto nella letteratura 20 casi, fra i quali 2 di sordomutismo. Natier (2) due anni dopo ne fece salire il numero a 71: in seguito, specie dopo gli studi del Charcot, se ne aggiunsero parecchi altri.

E di più se ne sarebbero trovati se tutti i colleghi si fossero data la pena di descrivere i casi loro occorsi. Per mio conto, oltre il caso già descritto e quello comunicatomi dal Piazza, ne potrei citare un altro molto notevole per la sua breve durata e per l'origine da nevrosi traumatica avvenuto su di me stesso nell'infanzia.

Scendendo da una scala abbastanza elevata, misi un piede in fallo e sdrucciolai dall'alto in posizione supina coi piedi all'ingiù e battendo del capo sui bordi degli scalini: per quanti sforzi avessi fatto, non potei trattenermi che al primo pianerottolo. Non mi feci gran male al postutto, poichè mi alzai da me stesso e mi sedetti a piè della scala colla nuca un pò indolenzita: però cercando di parlare per raccontare ciò che mi sentivo, mi trovai, con mia grande sorpresa, completamente muto. I sintomi erano identici a quelli del caso che ho riferito di sopra, poichè potevo muovere la lingua e le labbra in tutti i sensi, solo che senza ricorrere a Lourdes la parola tornò in fra i dieci minuti, non sì tosto passò lo spavento della caduta.

Non m'intratterrò sull'etiologia e sulla patogenesi del mutismo isterico in genere, poichè altri più competenti di me ne han fatto oggetto di severi studii. Solo farò notare che nel caso in esame dovea trattarsi d'un disturbo meramente funzionale limitato alla corteccia (3.ª circonvoluzione frontale sinistra) con diffusione anche in certi momenti al centro corticale motore del laringe (aia di Krause) con cui affetta delle intime relazioni.

Si trattava di un vero caso di *afasia atassica* (Kusmaul) o *afasia motrice* (Charcot) a forma isterica, essendochè nessuna paralisi esisteva nei muscoli delle labbra o della lingua, ed era conservata la facoltà di ricordare le parole (assenza di afasia anamnestica); il linguaggio scritto ce ne forniva la miglior prova.

Si aveva solo, come dice Charcot, perdita della memoria dei movimenti da farsi per l'articolazione della parola. Da ciò si conferma

(1) Cartaz. Progrès med. 1886, n. 7, 9 e 10

(2) Natier. Revue mens. de laryng. 1888, n. 4, 5, 8 e 9.

ancora una volta il principio emesso dal **Marcé** (1) fin dal 1865 cioè che i *centri di coordinazione delle parole verbali e delle scritte sono diversi tra loro, e la sede degli uni è separata e distinta da quella degli altri.* In termini diversi, riferendoci all'ingegnoso diagramma del **Kussmaul** (2) rimane nel nostro caso abolito solo il centro motore di coordinazione dei movimenti fonetici in suoni verbali, essendo abolita la facoltà di parlare spontaneamente o di ripetere le parole altrui o di leggere ad alta voce: mentre al contrario è integra la conduzione al centro sensitivo per le immagini verbali acustiche e ottiche, nonchè quella centripeta che da questi centri risale al centro ideogeno, e ritorna di nuovo al centro sensitivo, per cui si comprende la parola udita e si evoca il ricordo dell'immagine sonora. Il fatto che l'infermo conserva la facoltà di esprimersi per mezzo della scrittura, di trascrivere ciò che legge, o di scrivere sotto dettato, ci denota chiaramente che il centro di coordinazione dei segni della scrittura in parole scritte non è affatto leso come sarebbe nell'*agrafia.*

Questi fenomeni che il più d'ordinario, specie quando si trovano associati, avvengono in seguito ad alterazioni organiche della corteccia, possono anche avverarsi, come nelle osservazioni summentovate, per dissesti psichici, sia spontanei, che provocati da leggiero traumatismo, e la loro durata può estendersi da parecchi minuti a vari mesi o anni, secondo il sopravvenire di un accidente fortuito. Però in questi casi, si domanda il Kussmaul, *si tratta soltanto di una interruzione avvenuta in qualche parte fra l'immagine e la muscolatura, o è troppo debole tutto quanto l'eccitamento corticale ed infracorticale per mezzo del quale il concetto vien trasformato in parola esterna e la « cura morale » agisce rinforzando questi processi di eccitamento per via dello stimolo psichico?*

A me sembra che questa seconda ipotesi sia la più probabile.

Palermo, Settembre 1894.

(1) De l'existence d'un principe coordinateur de l'écriture. — Mém. de la soc. de biol. II Série, t. III.

(2) Disordini della favella. — Pat. e terap. med. sp. Ziemssen, Vol. XI, parte 3ª.

CONTRIBUTO AL TRATTAMENTO DELLE DEFLESSIONI DEL SETTO NASALE

per il Dott. **GUSTAVO SPIESS** (di Francoforte sul Meno)

Traduzione del dott. V. MEYER

Quanto più si riconobbe l' importanza che bisognava devolvere a che la respirazione nasale sia libera, tanto più si studiarono con alacrità i mezzi per rimuovere gl' impedimenti che la rendevano difficile. A tutti è noto che questi possono essere di svariata natura, e che la causa può essere dovuta ad alterazioni dei cornetti, oppure del setto, ovvero a neoplasmi; la moltiplicità dei metodi curativi ed operativi, che sono stati all'uopo raccomandati, dimostra lo zelo con cui gli autori si sono studiato di eliminare codesti disturbi patologici. Però la maggior parte di questi metodi si applica al trattamento delle deflessioni del setto; e la tendenza — che si era andata chiaramente pronunziando — a perfezionare il processo operativo, costituisce la pruova più evidente delle difficoltà che s' incontrano, mentre le neoformazioni, nonchè le affezioni dei cornetti vengono trattate con operazioni relativamente semplici, poco dolorose e di breve durata. In fatti, fra tutte le operazioni sul setto, finora commendate, non ve n' è alcuna che alla semplicità dell'esecuzione associasse i pregi di essere di breve durata e di provocare poco dolore.

Va da sè che importa soprattutto avere una idea chiara di ciò che si desidera conseguire con l'operazione. Quando non si ha l' obbiettivo di rimuovere in una sola volta l'impedimento della respirazione nasale, si possono utilizzare la galvanocaustica e l'elettrolisi: però la prima non può essere applicata alle deflessioni che interessano vasti tratti cartilaginei del setto, ed ha l' inconveniente che quasi ad ogni seduta seguono flogosi reattive e tumefazione.

In vece, l' elettrolisi può essere applicata così alla porzione cartilaginea, come a quella ossea del setto, non cagiona dolore, e quantunque la sua durata complessiva sia in certo qual modo proporzionale alla intensità dei singoli effetti, possiede il grande pregio — come il Prof. Schmidt fece rilevare nel congresso di Medicina Interna (Pasqua del 1893) — di poter essere applicata da ogni medico generico.

A queste e ad altre operazioni incruenti si possono contrapporre i metodi operativi cruenti, i quali tutti hanno l'inconveniente di cagionare molte molestie all'infermo.

Io alludo soltanto alle operazioni che si eseguono sotto l' anestesia cocainica. Vuoi che questa venga attuata con pennellazioni superficiali, oppure con iniezioni sottomucose, certo è che per la lunga durata del

tempo richiesto, per es., per distruggere grossi cercini ossei, l'infermo avverte sempre intensi dolori.

Il secondo inconveniente è dovuto all'emorragia più o meno profusa che, sin da pochi secondi, dopo l'applicazione, rende difficile, se non addirittura impossibile, di tenere sott'occhio il campo dell'operazione. A ciò si aggiunga che l'infermo, a causa del sangue che effluisce nella gola, non può respirare bene e diviene irrequieto, se già non lo sia quando avverte i colpi del martello e dello scalpello, o sente lo stridore della sega a mano. Breve: l'agitazione dell'infermo, associata ai suoi frequenti movimenti a causa del dolore, spesso impone al medico di desistere dal continuare l'operazione, e lo costringe a praticare il tamponaggio, salvo ad espletare l'operazione, nel giorno dopo, cessata l'emorragia.

Sono questi i casi — sventuratamente non molto rari — in cui l'infermo pensa, per tutta la sua vita, con spavento all'operazione che ha subita; ed il medico, anche quando ottenga i più favorevoli risultamenti non prova una soddisfazione completa durante l'operazione.

Ond'è che queste operazioni radicali possono essere eseguite soltanto sopra uomini che hanno i nervi molto resistenti, mentre nelle donne è difficile, e nei bambini addirittura impossibile, ammenochè non si voglia correre il rischio di dover sospendere l'operazione a causa di accessi di lipotimia, che non di rado si verificano persino negli uomini.

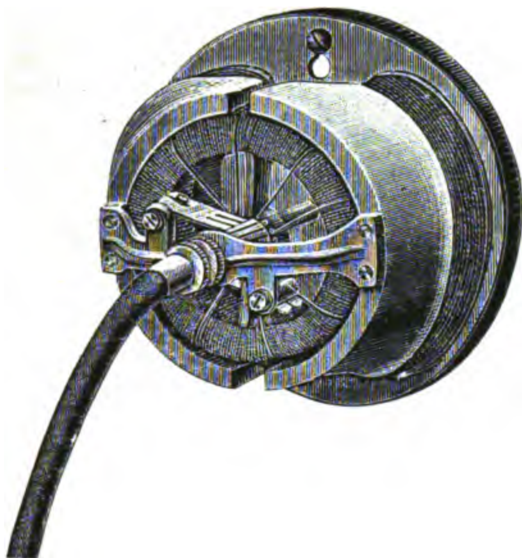
Furono appunto tutte queste considerazioni che mi indussero a meditare seriamente sopra i consigli di un collega americano, il quale mi comunicò che in America a tale scopo vengono adoperati piccoli perforatori e trefine, come quelli che furono presentati da Goodwille nel Congresso Internazionale di Londra nel 1881 (*Transactions III, pag. 34*). Sventuratamente, egli dimenticò la promessa che mi avea fatta, cioè di inviarmene un campione; e non avendone potuto trovare in nessun punto una descrizione esatta, al principio di quest'anno (1893) mi feci costruire da Beez, il direttore dell'Istituto Elettrotecnico di Francoforte sul Meno, le trefine, le seghe, ecc., di cui avevo bisogno. Avendoli sperimentati finora in più di 50 casi, mi permetto di riferire sulla loro applicazione.

I vantaggi che presenta questo metodo rispetto a quelli antichi, sono enormi. Anzitutto, è possibile di operare — nella maggior parte dei casi — senza l'ombra del *dolore*. Inoltre, la durata dell'operazione ascende a *pochi secondi*. Ed in terzo luogo, il maneggio dell'istrumento, necessario per lo specialista che conosce l'anatomia topografica dell'interno del naso, è semplicissimo, e può essere appreso in breve tempo.

Le seguenti figure ne mostrano gli elementi necessari. La forza, che impartisce ai pezzi di aggiunta la necessaria rotazione, è sommini-

strata dal piccolo motore *ad hoc* (Fig. 1), che viene messo in funzione da una corrente elettrica. Corrispondentemente alla tensione di quest' ultima, fa d'uopo — per raggiungere la massima cifra possibile nelle rotazioni — che l'inviluppo di fili metallici del motore sia diffe-

Fig. 1.



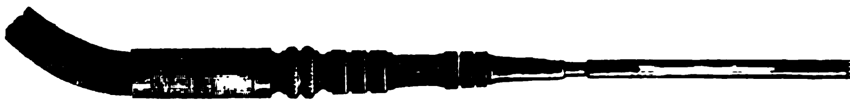
rente — sicchè, sapendolo ben graduare, è sufficiente persino un piccolo accumulatore di quattro pile. Non ho voluto ricorrere ad un altro meccanismo motore, per es., quello mosso con i piedi, perchè ritenni che ciò avrebbe inceppata la libertà di movimento dell'operatore, e la mano non avrebbe potuto più agire con sicurezza. Di fatti, si è constatato che quanto più rapidamente funziona il motore, tanto più facilmente e con tanta maggiore uniformità e rapidità lavorano gl'istrumenti.

Il motore, di cui mi sono servito, e che viene messo in attività da un accumulatore a sei pile, eseguiva circa 3600 giri a minuto quando facevo funzionare gl' istrumenti, cioè circa 60 giri a minuto secondo. La trasmissione della forza motrice ai pezzi di aggiunta si effettua mediante una spirale che sta in un tubo mobile, sicchè è un meccanismo che ha una certa somiglianza con quello in uso già da lungo tempo presso gli odontoiatri, con la differenza, però, che non ha d'uopo di essere tanto robusto e resistente.

Corrispondentemente alle due specie di movimento che possono essere eseguite col motore, cioè alla rotazione intorno all' asse longitu-

dinale (pezzo a mano Fig. 2), e (mediante trasmissione della forza mo-

Fig. 2.



trice) al movimento in avanti e posteriormente (pezzo a mano Fig. 3), possono essere adoperati diversi pezzi di aggiunta.

Fig. 3.



La *trefina*: una piccola corona di trapano di 4, 5 od anche 6 mm. di diametro è adattata sopra un piccolo tubo di acciaio, di calibro uniforme e sulla cui parete sono scavati uno o due fori, i quali hanno lo scopo di assicurare la nettezza ed allontanare agevolmente il nucleo del trapano, che si fa strada durante l'operazione.

Io, per lo più, adopero la trefina semplice (Fig. 5, 6). Però, nei casi in cui vi è a temere che, nell' applicare l' istrumento esso possa scivolare, adopero la trefina disegnata nella Fig. 4, la quale è munita di

Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 6.



Fig. 7.



Fig. 8.



un'altra guida, fissata nel centro con un piccolo propulsore; quest' ultimo deve essere collocato quanto più è possibile in vicinanza della punta, e deve poter essere ritirato soltanto col nucleo del trapano.

La Fig. 9 rappresenta un piccolo trapano, il quale, ruotando come la trefina intorno al suo asse longitudinale, serve a livellare piccole sporgenze e smussare angolosità acute.

Fig· 9.



Mediante trasmissione di questo movimento rotatorio ad un piccolo disco eccentrico, si ottiene il movimento in avanti ed in dietro, che serve di motore ad una sega.

La Fig. 3 mostra il corrispettivo manico, nel quale si debbono adattare i diversi pezzi di aggiunta, e propriamente seghe di diverse lunghezze (le quali debbono essere disposte in modo, che la lama possa essere diretta così in sopra, come in basso od anche lateralmente, in qualunque posizione si desideri), come pure i più svariati pezzi di aggiunta per il massaggio della mucosa, sui quali riferirò in ultimo poche osservazioni.

Per seghe non sono state adoperate gli antichi modelli di quelle a mano, perchè la lunghezza dei denti offre una resistenza troppo grande, e spesso accadeva che essi rimanevano confitti nei tessuti. Qualora si volesse adoperare una sega dentata, i denti debbono essere finissimi, e fa d' uopo altresì che tutta la lama della sega sia molto sottile, e che i denti, i quali non debbono essere incrociati terminino bene affilati in punta, verso la linea mediana (Fig. 10). Migliori risultati ha data nella pratica la sega ondulata, disegnata nella Fig. 11,

Fig. 10.



Fig. 11.



la quale scorre pian pianino, non urta e non si configge molto nei tessuti; con essa si possono ottimamente escidere le più piccole sporgenze (soprattutto se sono cartilaginee) al pari che con un bisturi.

Inoltre, segando con la lama rivolta in sopra, esse presentano pure il vantaggio che si può controllare facilissimamente come agiscono.

Per ciò che concerne il modo di adoperarle, è a rilevare che esso, su per giù, è identico per qualsiasi sporgenza del setto nasale, sia essa grande o piccola, situata anteriormente o posteriormente, di natura cartilaginea oppure ossea. La scelta dell' istrumento — cioè la sega

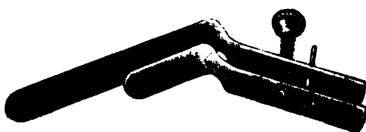
oppure la trefina — dipende dalle condizioni esistenti nel caso singolo. Però, io inclinerei ad accordare la preferenza alla trefina, perchè essa — a stretto rigor di termine—può essere adoperata in tutti i casi. Si applica la trefina alla base della sporgenza, e—badando a non allontanarsi dal piano sagittale — la si fa scorrere ivi, premendo leggerissimamente con la mano. Tostochè l'operatore avverte che è cessata la contropressione, ciò significa che la sporgenza è stata escisa, ed egli ritirerà allora l'istrumento nel cui interno sta il pezzo asportato. Qualche volta, in poco più di 5 minuti secondi, ho esciso in siffatto modo pezzi lunghi più di 3 ctm. Se una sola applicazione non fosse sufficiente, se ne farà seguire una seconda ed una terza, finchè l'operatore si sia convinto che è stato rimosso l'impedimento alla respirazione.

Che in alcuni casi possa verificarsi una perforazione del setto, è agevole comprendere. Però, quest' inconveniente si ha pure in tutti gli altri metodi che tendono allo stesso obbiettivo, e riesce molesto soltanto fino a che si raggiunga la guarigione, e — rispetto ai vantaggi che si ottengono da quest'operazione--è addirittura insignificante.

Ad ogni modo, bisogna ben guardarsi, nell'asportare la porzione inferiore di una sporgenza, di ledere il pavimento del naso, perchè la cicatrice, che si forma, può condurre ad una stenosi molesta e rendere illusivo il vantaggio dell'operazione.

Per tutelare il cornetto inferiore, ed anche il pavimento del naso, da lesioni che potrebbero essere prodotte dalla trefina, si adopera uno speculo nasale (Fig. 12), il cui braccio corto viene a stare sul setto, e quello lungo sul cornetto inferiore, e può essere adoperato così a

Fig. 12.



destra come a sinistra, secondo che l' impugnatura sia rivolta in sopra oppure in sotto.

Circa il maneggio della sega, non ho nulla da dire, giacchè su per giù, è simile a quello delle seghe a mano. Quando il motore ha la sopra mentovata celerità di rotazione, essa può eseguire circa 60 movimenti a minuto secondo, e lavorare con moto uniforme.

Nel corso di quest'anno, l'operazione con la trefina è stata praticata sopra più di 50 infermi, fra i quali i più piccoli erano una bambina di 10, una di 14 anni, nonchè tre fanciulli di 13, 14 e 15 anni. Va da sè, che, quando si tratta di fanciulli, bisogna tener loro fissato il capo, giacchè per l'ambascia potrebbero facilmente fare movimenti che perturberebbero l' operazione. Tenendo loro il capo ben fissato, essi non

oppongono alcuna resistenza, perchè l'operazione non cagiona dolore; e per la perforazione della cartilagine, la quale d'ordinario è molto molle, non ci vogliono più di due secondi.

Fra gli altri operati, vi sono pure tre colleghi, i quali concordemente affermarono che l'operazione era stata del tutto indolente.

L'anestesia va praticata nel modo che segue: per impedire che la cocaina effluisca nella gola, mentre l'infermo sta in piedi, col capo inclinato in avanti, il naso viene spalmato con una soluzione di cocaina al 20 °[0] (adoperando all'uopo un pennello di ovatta); indi per 10 minuti si applica sul punto operato un tampone imbevuto della stessa soluzione. Ciò fatto, si praticherà una cocanizzazione superficiale dell'altra metà del naso, per impedire, se accadesse la perforazione, che il dolore s'irraggiasse da quel punto.

Come già ho detto, con una buona cocainizzazione l'infermo non avverte punto dolore. Soltanto il rumore di sibilo ed il corrispondente scuotimento del capo riescono sgraditi.

L'emorragia dopo l'operazione è stata molto differente, secondo che il naso era più o meno pervio all'aria. In un infermo, nel quale eravi un'ostruzione quasi completa, si verificò più tardi una emorragia molto profusa, mentre negli altri casi l'emorragia era stata mediocre, e d'ordinario si arrestava dopo 10 minuti al massimo. In questi casi il naso veniva nuovamente deterso dal sangue, lavato accuratamente con una leggiera soluzione di sublimato; indi, con un insufflatore di Kapierske vi s'insufflava del dermatolo puro. Ma, quand o l'emorragia non si era arrestata, si zaffava il naso con garza al dermatolo. Se l'operazione era stata fatta nelle ore antimeridiane, verso sera si faceva il tentativo di allontanare il tampone, per risparmiare possibilmente all'infermo le sofferenze di tenere di notte il naso ostruito. Quando ciò non era possibile, il tampone — per motivi facili a comprendere — non si teneva in sito più di 3 ore.

Soltanto di rado si verificavano conseguenze sgradite, come per es.: leggiere elevazioni della temperatura al secondo od al terzo giorno, nonchè una leggiera pesantezza di capo. — Inoltre, facciamo qui rilevare, che prima di adoperare le trefine, era stata presa la precauzione di sterilizzarle accuratamente tenendole in una soluzione bollente di acido fenico al 5 °[0], fino al momento in cui si adoperavano, mentre gli altri istrumenti — speculo nasale, sonde, pinze e simili — venivano immersi in una soluzione di acido fenico al 2 °[0]. Per tutt'altro, non si aveva alcuna reazione, e due dei colleghi, sopra mentovati, dopo l'operazione erano rimasti durante le consultazioni ed aiutavano la medicatura, come se nulla fosse stato. La tumefazione del naso per lo più è insignificante, e certamente essa è così lieve in proporzione al pezzo asportato, che l'infermo avverte subito la benefica influenza dell'operazione.

A causa della possibilità di una emorragia consecutiva (la quale si verificò in un caso per colpa dell'infermo, che si tolse subito il tampone, e mi costrinse a viaggiare di notte per recarmi da lui) impongo oggi agli ammalati l' obbligo di restare sotto sorveglianza fino al giorno consecutivo, sia per risparmiare loro la necessità di un tamponaggio preventivo, sia per essere subito al loro fianco in caso di necessita. Consiglio loro di non prendere nulla nelle prime due ore dopo l'operazione, come pure di usare alimenti liquidi e freddi nella prima giornata. La colazione del giorno seguente può essere come d'ordinario.

A partire dal terzo giorno dopo l'operazione, gl'infermi si lavano il naso con una soluzione di acido borico all' 1 °|₀; e, nel caso che si formassero dense croste, le distaccano con tamponi di olio, oppure pennellano il punto leso con una soluzione di mentolo o di eurofenol al 3 °|₀.

Il processo di guarigione implica un tempo più o meno lungo, corrispondentemente alla estensione della soluzione di continuo. Tuttavia, credo di aver constatato che, quanto più liscia è la superficie cruenta, quanto minori sono le sporgenze residuali, tanto più rapidamente si compie la guarigione, il che può dipendere dal fatto che, sopra una una tale superficie liscia, meno facilmente si formano croste, che, alla loro volta, mantengono per lungo tempo un leggiero stato di irritazione.

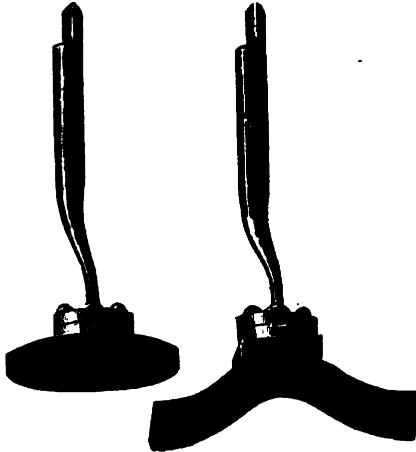
Il processo di gurigione per lo più si assolve in circa tre settimane. Il buon risultato, ottenuto in tutti i casi operati, mi ha indotto a comunicare questo metodo ai colleghi, ai quali caldamente lo raccomando.

Le trefine ed altri perforatori (Fig. 7 ed 8), analogamente come sul setto, possono essere adibite anche per aprire il seno mascellare, così dal meato nasale inferiore, come dall'alveolo.

In ultimo, potrei anche comunicare che adopero l' elettromotore eziandio per il massaggio, e propriamente così per il massaggio esterno, cioè per il cosiddetto massaggio per vibrazione della laringe, facendo uso dei concussori di Ever (Fig. 13 e 14), come per il massaggio interno delle mucose. Credo che in quest' ultimo una sonda, la quale dia 60 vibrazioni per minuto secondo, abbia un effetto superiore a quello di tutti gli altri processi finora noti, soprattutto perchè ad ogni specialista sarà possibile di eseguirlo, senza che per un anno intero debba darsi la pena di addestrare il braccio ed eseguire le vibrazioni con uniformità e dovendo raggiungere un dato numero in un certo tempo. Tutti i miei infermi hanno concordemente dichiarato che essi dopo essersi abituati per breve tempo, potevano tollerare questo massaggio senza la cocaina.

L'impiego del concussore ha dato ottimi risultamenti, soprattutto nel trattamento dell'afonia nervosa, e—specialmente nei casi in cui gli antichi metodi riuscivano inefficaci — ha fatto addirittura prodigi. Menzionerò soltanto una signora, la quale da più di sei mesi era afona,

Fig. 13. Fig. 14.



ed era stata sottoposta ai più svariati trattamenti, senza ricavarne alcun prò. Già dopo la prima seduta essa poteva emettere alcuni suoni. Dopo la quarta, profferiva tutto con giusta intonazione, però a spizzico e lentamente, mentre leggeva correntemente ed a voce chiara in un libro che le si era offerto. Al sesto giorno fu rimandata guarita; dalle ulteriori notizie che ricevo, la guarigione è stata permanente. — Fino a qual punto in ciò concorra il massaggio, oppure l'azione suggestiva, io non saprei dire, benchè, per parte mia, inclinerei a riguardare quest'ultima come il fattore principale.

Così in questo caso, come in altre afonie, che esistevano da lungo tempo, potetti confermare l'influenza della normale respirazione, il che non ha guari fu rilevata dal Seifert. Questi infermi danno l'impressione come se la favella, al pari del respiro, fosse dominata da una tal quale incertezza ed ambascia. Per ottenere una guarigione permanente, costoro, insieme agli ordinarii esercizii fonetici e di canto, debbono fare una ginnastica respiratoria metodica: in altri termini, debbono di nuovo apprendere a parlare ed a respirare.

CENNI PRATICI SULLA CURA DELLA DIFTERIA COL SIERO ANTIDIFTERICO (1)

pel dott. O. HEUBNER

Signori,

Nel momento in cui la scoperta, teoreticamente tanto importante, del Behring sta per entrare nella pratica medica ed essere controllata al letto dell'infermo, ritengo che non vi rubo il tempo, se, in qualità di medico pratico, oso prendere la parola su questa quistione. Nè intendo di fare ciò per pronunziarmi sul valore curativo del siero antidifterico nell'uomo. Ciò che io, dopo esame critico di una precedente antitossina (la quale però è certamente d'un valore inferiore a quella di cui ora tengo parola) tenevo a dire, l'ho già espresso nel Congresso Internazionale di Roma; più minutamente nel 2° e 3° fascicolo del 38° volume del *Jahrbuch für Kinderheilkunde*.

Oggi mi prefiggo un compito più modesto, ma non inutile, quello di commutare le monete di oro che ci presenta il Behring, in monete spicciole, servibili per il medico pratico. La maggior parte dei medici che adopereranno oggi il siero antidifterico, non hanno nè tempo, nè occasione di farsi un esatto concetto, in base alle memorie pubblicate dal Behring, della lunga e penosa via che questi ha dovuto calcare, per giungere ad ottenere questo prodotto. Essi però sentono certamente il bisogno di rendersi ragione del mezzo che ad essi viene oggi presentato, per sperimentarlo nella pratica: ciò che io vorrei brevemente tentare, fondandomi sopra uno studio dei lavori del Behring e sopra molteplici interviste con l'Autore.

Che cosa è la antitossina? Un *quid misticus*, impalpabile, misterioso? un rimedio segreto?

Nulla di tutto ciò; è una sostanza la quale chimicamente non può

---

(1) Nell' interesse dei lettori abbiamo creduto opportuno riportare integralmente questa comunicazione fatta all' VIII° Congresso Internazionale per l' Igiene e la Demografia in Budapest e pubblicata nel N.° 36 (6 Settembre 1894) della *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, affidandone la traduzione al Dott. V. Meyer. È un articolo che compendia tutta la quistione pratica relativa ad un argomento così palpitante d'attualità e mostra quanto sia legittimo sperimentare il siero antidifterico di Behring, che, grazie alla preveggenza del Direttore di questo periodico, il Prof. Massei, trovasi già in Napoli, presso il Prof. Arena, Farmacia in Via Roma 120. Questi esperimenti furono fatti nella Clinica Pediatrica dell' Ospedale *Charité* a Berlino.

essere ancora definita, ma che contenuta nel siero sanguigno di animali, che sono stati resi resistenti in un dato modo, contro il virus prodotto dal bacillo del Löffler. Vi sono poi tante cose in Medicina ed anche estranee alla Medicina, della intima natura delle quali noi non abbiamo conoscenze superiori a quelle dell'antitossina, e le quali noi, ciò malgrado, maneggiamo, riuscendo a guarire, a trasfondere vigore, ecc. Però questa antitossina è contenuta nelle rispettive specie di siero sanguigno in *proporzioni* determinate, le quali sono *misurabili*, e quindi *dosabili*. Ciò per noi medici costituisce per ora un fatto principale.

Una seconda proprietà dell'antitossina, la quale è di una estrema importanza nella pratica, consiste nella sua *innocuità*. Ogni medico deve scrivere innanzi tutto sul programma della sua attività pratica: *primum non nocere*. Per quanto attiva negli esperimenti sugli animali si dimostri questa sostanza come antidoto, per altrettanto passiva essa si comporta nell'organismo umano. Non provoca alcun disturbo locale o generale: questa asserzione è oggidì avvalorata da migliaia di osservazioni fatte nelle Cliniche ospedaliere e private e viene ulteriormente ed incessantemente controllata negli Istituti scientifici. Come prova di questa *innocuità*, adduco ora una nuova osservazione personale. In una Sala della *Clinica Pediatrica della Charité*, ove vi erano molti bambini cagionevoli di salute da 1 a 2 anni, fu ammesso un bambino affetto da difterite. Allora subito io tentai d'immunizzare 10 di quei bambinelli, deboli ed infermicci, iniettando loro l'antitossina. Neppure uno di essi ne risentì un qualche disturbo (febbre, inappetenza od altro) e del resto nessuno di essi fu contagiato di difteria.

Per tale innocuità, l'antitossina del Behring si distingue non solo da moltissimi medicamenti del nostro arsenale terapeutico, ma anche dai cosiddetti *vaccini*.

Anche la tubercolina del Koch rappresenta, in ultima analisi, un veleno attenuato e guarisce per assuefazione al veleno (se mi è permesso di usare questa espressione). È paragonabile all'arsenico, che gli Stiriani prendono in dosi crescenti per accrescere talune attività funzionali; invece, l'antitossina del Behring corrisponde pressochè all'innocuo *idrato di ossido di ferro* che guarisce l'intossicazione acuta da arsenico, determinando una combinazione innocua.

Ritorniamo ora alla prima delle accennate proprietà dell'antitossina, cioè alla sua dosabilità. Quale è il titolo che costituisce l'indice del *dosamento*?

Esso è stato accertato dagli stessi Proff. Behring ed Ehrlich e consiste in una *determinata quantità di tossina*, cioè del *veleno* prodotto dai bacilli della difteria, il quale è sciolto in una data quantità di brodo nutritivo. Questa soluzione è *concentrata* in modo che 0,4 cent. cub. *bastano* per *uccidere sicuramente* un chilo di cavia, dietro inie-

zione sottocutanea (quindi, p. es., una cavia del peso di 250 gr. viene certamente uccisa da 0,1, ed una di 500 gr. da 0,2 di tossina).

Una tale soluzione è la così detta *soluzione tossica normale*. È inutile dire che per fabbricarla ci vuole un enorme lavoro e sono necessari esperimenti sugli animali ed osservazioni acuratissime. Però chiunque sia bene addestrato in questi metodi, può da sè solo preparare una tale soluzione.

Tuttavia per il pratico è importante che si possegga codesta misurazione: l'*antitossina* del siero ottenuta da un animale preparato, viene poi — naturalmente con una lunga serie d'esperimenti — esaminata, per accertare quanto del siero è necessario per rendere addirittura ed assolutamente innocuo 1 cent. cub. della *soluzione tossica* normale, quando viene aggiunto a quest'ultima nel tubò da saggio. Un siero sanguigno del quale bastano 0,1 cent. cub. per rendere innocuo 0,1 cent. cub. di *soluzione tossica*, viene qualificato come *soluzione normale di antitossina*; ogni cent. cub. della quale rappresenta una *unità normale di antitossina*. Sicchè ogni *unità normale di antitossina* può « neutralizzare » 0,10 cent. cub. di veleno normale.

Ma se, p. es., da un animale si ottiene un siero del quale 0,01 cent. cub. produrrebbero la stessa neutralizzazione, un cent. cub. di un tale siero conterebbe 10 unità di antitossina, per cui esso sarebbe allora caratterizzato come siero normale al decuplo. Nello stesso modo viene esaminato il siero ottenuto da ogni animale, ed il *numero delle sue unità di antitossina è determinato in un cent. cub.*

Il siero più potente che finora è stato portato in commercio (N. III) è un siero normale al 140°. Da quanto abbiamo detto risulta che un cent. cub. di esso neutralizza 1400 cent. cub. della soluzione tossica normale. Ma poichè per le cavie di circa 250 gr. — sulle quali d'ordinario viene praticata la determinazione dell'antitossina — un cent. cub. della soluzione tossica normale contiene 10 dosi minime, certamente mortali, ne risulta che basta un cent. cub. di siero normale al 140° per neutralizzare sicuramente (per la cavia) 14mila dosi mortali di virus difterico.

Poichè l'animale che fornisce il siero non è una storta chimica, sibbene un organismo complesso, riesce agevole comprendere che, nel caso singolo, la potenza curativa del siero spessissimo non risponde all'aspettativa. Sieri dotati d'una potenza terapica, come quelli testè mentovati, si possono finora ottenere soltanto in quegli animali che sovente furono sottoposti ad infezioni difteriche pericolosissime, ed i quali. dopo un trattamento durato per anni, si sono salvati felicemente. Ora, ciò è possibile soltanto in una piccola cifra percentuale degli animali trattati in tal modo. Questa circostanza ha per conseguenza che non sempre le fabbriche di Höchst possono fornire un siero che *sia dotato* d'una grande potenza curativa.

Però oggi secondo l'assicurazione del Prof. Behring vi è tanto materiale, che la detta fabbrica può ad *ogni momento somministrare* il numero 1 del siero curativo, il cui prezzo ascende a L. 6,50 ogni boccettina (però non è ancora possibile avere in ogni momento il N.° II, la cui boccetta costa L. 13, ed il numero III, del prezzo di L. 18,75).

La fabbrica di Höchst dispone, è vero, di una piccola quantità di siero molto attivo, però non lo può smaltire completamente. Essa deve sempre necessariamente tenere una provvista in riserbo per portare le specie più deboli di siero, che tuttora si ottengono nella fabbricazione, al valore del siero curativo N. 1, addizionandolo di siero *molto concentrato.* Il valore del siero antidifterico N.° 1 ascende a *600 unità.* Come risulta da quanto abbiamo ora detto, non sempre questa energia curativa potenziale è contenuta esattamente in 10 cent. cub. di siero, ma p. es. una volta è contenuta in 9, altra volta in 11 cent. cub. ecc. — Sicchè le boccettine *non sempre* contengono la *eguale quantità in peso*, oppure lo stesso volume di siero (poichè quest'ultimo talvoltà è costituito da un siero più debole, mescolato a quello più forte); però esse contengono *sempre* esattamente l'*eguale numero* di unità di antitossina.

Secondo l'opinione di Behring, per gli ordinari casi di difteria basta una tale dose di 600 unità, la quale da lui viene indicata come dose curativa semplice. Però essa deve essere sempre iniettata in *una sola volta interamente* (sicchè chi nella boccettina trovasse un volume maggiore, dovrà iniettarne più di 10 cent. cub.; e colui che nella boccettina ne troverà soltanto 9 cent. cub. potrà essere certo che non vi è frode nella quantità e li dovrà iniettare in una sola volta).

Nella boccettina N.° III (prezzo L. 18,75), la quale però non sempre si trova in commercio, sono contenute circa 1600 unità di antitossina (cioè 11,5 × 140). Esse debbono essere adoperate nei casi molto gravi ed in quelli in cui da lungo tempo la malattia ha fatto progressi salienti; anche questa dose deve essere iniettata *interamente in una sola volta.* Quando nei casi gravi non si riesce a procacciare il N. III, bisogna iniettare 2 dosi N. I nel corso d'una giornata; nel giorno seguente bisognerà iniettare la stessa dose, una o due volte.

Secondo Behring, fa d'uopo d'una quantità molto minore di siero curativo allorchè si vuole preservare dalla malattia individui non ancora colpiti, come p. e. il caso in cui si vogliano immunizzare bambini di una famiglia, nella quale fosse stato importato un caso di difteria dalla scuola da uno dei propri germani. Per questi casi, secondo l'opinione di Behring e di Erlich, la quale si fonda sopra una vasta esperienza, nei bambini fa d'uopo soltanto di circa la 10ª parte del contenuto della boccettina N. 1 (prezzo L. 6,25). Ciò può essere espresso come segue: il valore immunizzante del siero antidifterico è 10 volte più grande del suo valore curativo.

Per ciò che riguarda l'impiego del siero antidifterico nella pratica,

fa d'uopo innanzi tutto rilevare che esso può dare un risultato tanto più favorevole, quanto più per tempo *viene iniettato*.

Appunto nella difteria questo postulato potrebbe essere veramente realizzato da parte dei medici di famiglia soprattutto; infatti, poche sono le malattie in cui le famiglie per un ben fondato timore chiamano tanto per tempo il medico, come nella difteria. E fosse anche nei casi in cui la diagnosi non è ancora assicurata, è meglio essere piuttosto proclivi anzichè timidi nel praticare la iniezione. Specialmente negli Ospedali, com'è naturale, è a desiderare che la diagnosi venga controllata dall'esame batteriologico. Nella pratica civile è necessario praticare almeno la diagnosi sulla lastrina copra-oggetti (secondo Roux).

Inoltre bisogna anche prendere in considerazione che il trattamento, a parità di condizioni, costa tanto meno, per quanto più per tempo lo si inizia. Infatti si consegue allora lo scópo con *una sola dose*, al prezzo di L. 6,25, mentre se la malattia è già inoltrata possono essere necessarie più di 2 di tali dosi.

Prima di procedere alla applicazione del mezzo, sarebbe opportuno di fare la prognosi del caso in cura e notarla. Procedendo in siffatto modo, il medico potrebbe, dai casi singoli, formarsi gradatamente un giudizio saldo e ben ponderato sull'azione di questo mezzo e sulla quantità della dose necessaria. — Ed in ciò è bene di non abbondare in sotto classifiche.

Nel momento precedente all'iniezione il medico può accertare se nel dato caso la prognosi sia *buona*, *dubbia* od *infausta*. Va da sè che le statistiche elaborate da ogni medico su tale riguardo non potrebbero essere paragonabili con quelle di altri medici; ma per ciascuno esse hanno un certo valore quando egli volesse paragonare i diversi periodi della sua attività professionale. E ciò dovrebbe poi assolutamente aver luogo prima che si accinga a pubblicare le sue osservazioni. Altrimenti, come già spesso è accaduto nella raccomandazione di mezzi contro la difteria, la conseguenza sarebbe che, anzichè contribuire a chiarire la questione, non si farebbe che ottenebrarla.

Io stesso, p. es., al *1°* e *2° giorno* della malattia farei *prognosi favorevole*, se l'essudazione presentasse mediocre diffusione e spessezza, se fosse colpito un solo lato della mucosa palatina, se la tumefazione glandolare fosse lieve, e se l'affezione si rivelasse solo con febbre, senza sintomi di debolezza da parte del cuore e del sistema nervoso, e se il bambino contasse più di 4 anni.

Farei *prognosi dubbia*, se l'essudazione fosse estesa, oppure se l'affezione fosse esordita nel naso e propagata in giù, se le glandole fossero tumefatte e dolenti, se oltre la febbre vi fosse polso piccolo e frequente, se la faccia fosse pallida e l'espressione del viso denotasse

ambascia, se vi fosse anoressia, ed i piccoli infermi non contassero più di 2 a 4 anni.

Farei *prognosi infausta*, se le pseudo-membrane si fossero già diffuse sull'arco palatino e sulla ugola, se all'angolo mascellare si palpassero pleiadi glandolari tumefatte, se vi fossero adinamia, anoressia, grande pallore, oppure se la faccia avesse assunto un colore cianotico, se insieme alla febbre alta o lieve vi fosse grande frequenza del polso ed affievolimento dei toni cardiaci, e si constatassero anche emorragie nella pelle, se la voce fosse velata o rauca o se si constatasse già la stenosi laringea, e finalmente in ogni caso di difteria nei poppanti.

In questa classifica, come in qualsiasi altra, si potrebbe su, per giù fare qualche modificazione; però io credo che essa abbia il merito di essere semplice e tenga conto delle condizioni e dei fenomeni più comuni.

La *tecnica* della iniezione è semplicissima. Si può utilizzare ogni siringa asettica che abbia una capacità da 10 a 12 cent. cub. Io preferisco la siringa a pallone di Koch e finora ho proceduto come segue: il cilindro di vetro della siringa, nonchè la cannula metallica, vengono precedentemente disinfettate tuffandoli in una soluzione di soda bollente all' 1 %. Per la puntura sottocutanea si scelgono le regioni sottoclavicolari o meglio le sotto-costoli, le inguinali o la superficie interna delle cosce. La pelle viene lavata con sapone e detersa con etere ed il medico sterilizzerà le sue mani. Prima di riempire la siringa di siero (direttamente dalla boccettina, oppure versato previamente in un piccolo vaso pulitissimo) si detergono nuovamente la siringa e la cannula con alcool ed etere, indi facendo lentamente distendere il pallone di gomma già compresso, si aspira il siero nella siringa. Ciò fatto s'infigge l'ago-cannula. In ultimo si fissa il rubinetto al pallone. In seguito l'operatore prende con la mano sinistra la piega cutanea e sollevandola con la destra, infigge l'ago-cannula per circa 2 a 3 cent. nel connettivo sottocutaneo ed inietta lentamente il siero antidifterico, aprendo il rubinetto che è situato dinanzi al pallone e premendo gradatamente su di questo.

Terminata questa piccola operazione, si applica sulla ferita della puntura un impiastro puro (empiastro americano di gomma elastica). Io consiglio di *non massare*. Il siero viene rapidamente assorbito e il dolore nel punto della iniezione, secondo le mie osservazioni, è minore e di più breve durata, allorchè si tralascia qualsiasi massaggio.

L'unica molestia che nei piccoli infermi apparisce dopo alcuni giorni, è la comparsa d' un' *orticaria* la quale rapidamente scompare, e non è dovuta all' antitossina, ma ad altre proprietà del siero sanguigno animale.

Fra le note cliniche alle quali sopratutto bisogna badare dopo l'impiego di questo mezzo, sarebbero a rilevare le seguenti:

1) l'ulteriore modo di comportarsi dell'essudazione difterica locale e della tumefazione glandolare;

2) il ciclo della temperatura;

3) il modo di comportarsi della secrezione renale;

4) il modo di comportarsi del polso, dell' ottusità e toni cardiaci (della pressione sanguigna);

Questi sono, Signori, i punti, sui quali io, ammaestrato da una esperienza alquanto lunga sul *siero antidifterico* di Behring, ho voluto procurarmi l'onore di richiamare la vostra attenzione.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

BRESGEN dott. M. — *Le suppurazioni del naso e delle cavità annesse* (*Die Eiterungen der nase und ihrer Nebenhöhlen*).

In quest'articolo l'A. tesse una piccola apologia del trattamento dei processi suppurativi del naso e delle cavità annesse, che egli pratica da tempo con successo, e che è già noto ai nostri lettori, perchè ne abbiamo ripetutamente tenuto parola negli *Archivii*.

Dopo avere accennato alle origini ed alla sindrome di questi processi suppurativi, che per lo più sogliono presentarsi in forma di focolajo, si sofferma maggiormente sul sondaggio dei seni mascellare, frontale, ecc., e ritorna ad insistere sulla importanza che ha il procacciare, al più presto possibile, uno sbocco al pus; detergere, indi, il seno nel miglior modo possibile, e procurare, mercè gli antisettici a base di anilina, le più sfavorevoli condizioni per la riproduzione del processo suppurativo. Solo quando la collezione purulenta avesse tale una sede, da riuscire quasi impossibile dare libero efflusso all'esterno, fa d'uopo con qualche operazione aprire il seno; egli utilizza i processi operativi, che ha già descritti a parecchie riprese, che oramai sono noti a tutti.

In ultimo, fa rilevare che la tenace insistenza con cui egli ritorna su quest'argomento, è dovuta a che a malincuore non si vedono oggidì nella pratica seguiti questi processi con lo zelo che meritano; — e molti infermi che soffrono assai per processi suppurativi dei seni, perdono un tempo prezioso sotto le cure ben poco razionali di medici generici, mentre potrebbero essere guariti radicalmente ed in breve tempo da uno specialista esperto in questo campo della Patologia.

(*Münchener Med. Wochenschrift;* N. 31 e 32; 1894).

V. MEYER

ROQUER y CASADESUS dott J.—*Sui riflessi derivati dalla narice, dalla faringe e dalla laringe* (*Sobre los reflejos derivado de la nariz, faringe y laringe*).

In questo importante contributo alla conoscenza dei riflessi, l'A. dopo avere accennato le prime ricerche di questa specie, che nella nostra specialità furono iniziate da Hack e da Voltolini, ai quali siamo debitori di preziose conoscenze sulle *nevrosi riflesse di origine nasale*, fa rilevare quanto sia stato ingiusta la guerra che parecchi colleghi mossero a queste indagini, e quali pur scovrirono nuovi orizzonti, fino allora inesplorati, orizzonti i quali

sono anche più sconfinati di ciò che lo stesso Hack credeva al principio. In fatti, a misura che l'attenzione degli autori si è andata concentrando sulle nevrosi riflesse, si è constatato che, oltre alla mucosa nasale, anche da talune zone delle mucose faringea, laringea, ecc. possono essere suscitati gli stessi disturbi. E non ha guari il Ruault in un lavoro dal titolo « *sopra alcuni fenomeni riflessi di origine tonsillare* » ha esposto varii casi di asma e tosse convulsiva, prodotta da ipertrofie delle amidgale.

L'A. avendo osservati, in questi ultimi tempi, parecchi casi di questa specie, li ha riferiti sobriamente in quest'articolo. Qualcuno di essi è della massima importanza, giacchè dimostra che alcuni casi di isterismo, ribelli ad ogni cura, guarirono tostochè fu scoverto il punto di partenza della sindrome isterica. In una donna di 35 anni, la quale da anni aveva attacchi isterici clonici frequentissimi, l'A. avendo constatato una zona istero-spasmogena nella mucosa nasale, ed avendola distrutta, col galvanocauterio, l'inferma guarì subito e completamente, nè più ha avuto altra manifestazione isterica. In altri casi, da lui osservati, trattavasi di nevrosi riflesse, di attacchi isterici, che avevano punto di partenza dai cornetti, dalla faringe, ecc. Basta soltanto accennare questi fatti, per comprendere agevolmente, che essi possono projettare una viva luce anche sulla patogenesi dell'isteria.

Le conclusioni a cui l'A. è pervenuto in queste sue osservazioni, sono le seguenti :

1) Non è esclusivo dalla mucosa nasale la produzione di fenomeni riflessi in altri organi più o meno remoti, giacchè anche la mucosa della faringe e della laringe possono presentarli, nello stesso modo.

2) I fenomeni riflessi, che possono essere suscitati da queste mucose, ponno essere costituiti da semplici perturbamenti funzionali in un organo od in un apparecchio, fino ad estesi disordini di tutto il sistema nervoso.

3) Il meccanismo non è altro che quello della trasmissione centripeta dell'irritazione dai rispettivi filetti nervosi fino ai centri nervosi.

4) Le lesioni anatomo-patologiche, che possono esistere nelle mucose, costituiscono una causa permanente di irritazione dei filetti nervosi.

5) Le zone donde derivano i riflessi possono essere riguardate come isterogene? Sono esse la causa dei disturbi che caratterizzano l'isteria, oppure un sintomo di questa, nei casi in cui con la loro distruzione cessano gli attacchi isterici ?

6) Benchè non possa ancora dirsi nulla di preciso su tale riguardo, certo è che la Laringologia e la Rinologia con le loro indagini possono coadiuvare a chiarire la patogenesi dell'isteria, tuttora avvolta da fitto bujo.

V. Meyer

Lermoyez. — *Delle vegetazioni adenoidi tubercolari della faringe nasale* (*Des végétations adénoïdes tuberculeuses du pharynx nasal*).

Abbiamo letto con molta attenzione e con vero compiacimento questo studio del Lermoyez, il quale ci ha oramai avvezzati ad una serie di dotti lavori, come quelli che compendiano ed armonizzano meravigliosamente la scienza con la pratica.

La sindrome clinica di Meyer se, in generale, è troppo vera, è, pure,

troppo comprensiva, appunto perchè notansi diverse eccezioni alla sua regola fondamentale.

Così alcune volte le vegetazioni adenoidi recidivano, senza poter dire in quale proporzione e per quale ragione; altre volte, invece, e fortunatamente molto di rado, il benefico effetto dell'intervento chirurgico si lascia a lungo aspettare ed in un bel momento sorgono i sintomi di una tubercolosi pulmomonale, che chiude, dopo poco, la dolorosa scena. A che deve attribursi tutto questo?

Ad una infezione portata dagl'istrumenti ovvero alla preesistenza di tubercoli nelle maglie fibrose delle vegetazioni ed alla penetrazione, mercè l'atto operativo, dei bacilli nel sangue e quindi tubercolosi pulmonale, proprio come suol succedere, qualche rara volta, in seguito a scarificazione del lupus della faccia?

Credo si dovrebbe piuttosto abbracciare questa seconda opinione, e difatti il Lermoyez riporta un caso abbastanza dimostrativo dell'argomento in parola, giacchè oltre del completissimo esame istologico delle vegetazioni, fatto con tanta competenza dal prof. Michel Danzac e che fece rilevare una tipica granulazione tubercolare, la presenza di numerosi bacilli nell'esame batterico metteva un sugello di realtà all'ipotesi di Lermoyez.

Quindi dal gruppo delle vegetazioni adenoidi bisogna distaccare una forma rara, ma netta di *vegetazione adenoide tubercolare*, che *istologicamente* e *batteriologicamente* si differisce bene, ma che non ha finora caratteri clinici che la potessero differenziare dalle *vegetazioni adenoidi normali*. In questi casi non vi possono essere che dei criterii approssimativi, per esempio il discendere da genitori tubercolotici ed il possedere una micropoliadenopatia, di cui Lermoyez ha messo in rilievo il valore semiologico.

Ed ora, nato il sospetto di una varietà di vegetazioni così terribile, come regolarsi; operare o non?

L'autore, e noi con lui, è dell'opinione di operare subito e quanto più radicalmente è possibile, perchè coosì non si corre il pericolo di mantenere l'infermo sotto una minaccia permanente di una generalizzazione tubercolare. Ecco perchè, in simili casi, oltre alla cura chirurgica fatta generosamente, si praticano, e senza indugio, delle pennellazioni con acido lattico o naftolo canforato, oltre ai bagni salini ed al soggiorno al lido di mare, rimedii così efficaci nella tubercolosi locale.

DAMIENO

MANDRAGORA dott. D. — *Ipertrofia delle tonsille.*

La bella mongrafia del dott. Mandragora sull'*ipertrofia delle tonsille*, può dirsi veramente completa nel suo genere, giacchè l'autore ha fatto sì che tutto concorresse alla riuscita della cosa, compresa la nitidezza tipografica.

Tutto il lavoro è diviso in cinque capitoli disposti nel modo seguente: I *Anatomia*, II *Fisiologia*, III *Ipertrofia tonsillare*, IV *Della cura in generale e cura medica dell'ipertrofia tonsillare*, V *Cura chirurgica*.

In ciascun capitolo si scorge la massima diligenza nel raccogliere quello che di meglio è stato detto e scritto sull'argomento, e noi abbiamo la convinzione che il Mandragora vorrà subito passare da uno studio di compi-

lazione a qualche lavoro originale della nostra specialità, in cui ha mostrato di possedere attitudine non comune.

DAMIENO

CHINCINI. — *A proposito di un calcolo nel condotto di Warthon. Considerazioni sulla calcolosi della ghiandola sottomascellare.*

Sebbene casi di questo genere non siano veramente infrequenti, ed anche il prof. Massei ne avesse visto, anni fa un caso simile, il quale venne descritto dal Dott. Boucher nell'anno VII degli Archivii Italiani di Laringologia, pure le considerazioni che fa l'egregio collega nel riferire la storia del caso occorsogli sono degne di attenzione, come quelle che cercano di trarre il maggior profitto possibile, per l'interpetrazione completa dei calcoli salivari, non solo dallo studio analitico dei caratteri fisici (volume, forma colorito, durezza ecc., ecc.) ma anche dall'analisi chimica, la quale può far risalire alla conoscenza dell'alterazione della saliva, da cui il calcolo provviene. Come si sa, i calcoli salivari cono stati trovati principalmente costituiti da carbonato e fosfato di calce con più, o meno traccia di altri sali.

I dati differenziali tra i calcoli della glandola sottomascellare e quelli del suo condotto si possono far rilevare dalle stesse condizioni topografiche della glandola e del suo condotto, per modo che si può giustamente ritenere che i calcoli manifestatisi per la via della pelle, di sotto la mascella inferiore, siano più probabilmente di origine glandolare, mentre sono più probabilmente di origine del condotto quelli manifestantisi per la via della bocca.

Per la *patogenesi* della calcolosi, siamo d'accordo col collega quanto alle cause *anatomo-patologiche* (disposizione anatomica dell'organo e sua rilevante funzione), e quanto alle *determinanti*, ma in riguardo alle cause *predisponenti igieniche*, non mi sento veramente la forza di credere alla parte che vi prenderebbero disturbi gastrici cronici, perchè se così fosse, la calcolosi salivare sarebbe, al certo, molto più frequente.

DAMIENO

KOEBNER dott. H. — *Sul Pemfigo vegetante.*

Come i nostri lettori ricordano, fu nel 65° Congresso dei Naturalisti e Medici, che Koebner tenne parola della possibilità di scambiare le malattie pemfigoidi della pelle e delle mucose con le affezioni sifilitiche. Dopo quella conferenza, Koebner ha dato a luce un lavoro sul pemfigo vegetante; e noi cogliamo quest'occasione per riassumere le sue osservazioni sopra questa affezione, oggidì pochissimo nota, e la quale fino a questi ultimi tempi è stato spessissimo equivocata con altre malattie, finanche da esperti specialisti.

Anzitutto Koebner fa rilevare di avere osservato, che spessissimo le afte furono scambiate con recidive di manifestazioni sifilitiche. Anche le petecchie alle estremità furono non poche volte equivocate con manifestazioni sifilitiche. Con le placche mucose è stato spessissimo scambiato l'erpete, soprattutto quello cronico-recidivante, nonchè l'herpes iris localizzazato sugli archi palatini, sulla faringe, e sull'aditus laryngis.

Dopo aver tenuto parola della dermatite erpetiforme, dell' impetigine erpetiforme — le cui pustole grosse fin quanto una lenticchia talvolta possono apparire anche sulla mucosa della bocca, della faringe e dell' esofago, nonchè degli esantemi medicamentosi in forma di vescicole—passa a descrivere il pemfigo volgare, che può esordire sulla bocca, sulla faringe, sulla laringe, e talvolta sulla mucosa nasale; oppure sopravvenire nel corso del pemfigo cutaneo, o precederlo finanche per lo spazio di tre anni.

I segni comuni di tutte queste affezioni pemfigoidi, rispetto a quelle sifilitiche, sono i seguenti: la sede superficiale sotto l'epidermide o nell' epitelìo e la mancanza di cicatrici, le quali, al pari delle chiazze pigmentate, appariscono raramente ed isolate; il frequente cangiamento di sede in una o molte eruzioni; la mancanza di produzioni polimorfe sulla pelle; il decorso acuto dell' affezione locale, lo stato normale delle glandole linfatiche.

Il pemfigo vegetante viene scambiato quasi sempre con la sifilide. I casi, osservati da Koebner, e da lui minutamente descritti, presero punto di partenza dalla faringe e dalla mucosa della cavità ovale; e soltanto più tardi — in un elasso di tempo che oscillava da pochi mesi fino a quattro anni — apparvero le bolle di pemfigo sulla cute.

Sulle superficie di contatto, il fondo delle vescicole mostrò ben presto la caratteristica trasformazione in eminenze (la quale prendeva punto di partenza dal centro), che per il loro rapido sviluppo in larghezza ed in altezza, apparivano ben presto come proliferazioni agglomerate, fittamente stivate, mostrando una simiglianza con i condilomi. La temperatura si elevava soltanto mentre spuntava un gran numero di vescicole, od anche prima. Lo stato generale ne scapitava molto, e si osservava un considerevole disturbo di nutrizione. Le eruzioni consecutive davano l' impressione come se si trattasse di una infezione limitrofa.

Le ricerche fatte per constatare l'esistenza di un virus organizzato ebbero un risultato negativo.

Per la cura si addimostrò efficace la rimozione chirurgica di tutte le proliferazioni, seguita da cauterizzazioni col termocauterio, indi toccamento con tintura di jodo di ogni piccolo nodulo che spuntava consecutivamente.

(Deutsches Archiv für klinische Medicin)

T. Flatau

Smilari dott. A. — *Sulla vertigine laringea o itto laringeo.*

Un caso, al certo non molto frequente, di vertigine laringea, si legge sempre con piacere, specie quando ha qualche cosa di speciale, come questo occorso al collega Smilari in persona, in cui pur verificandosi la sensazione normale di villichio e bruciore alla laringe, tosse e spasmo laringeo, mancava, però, la vertigine e la perdita di coscienza, ciò che era quasi surrogato dalla convulsione unilaterale, fatto raro a verificarsi. E questo caso ci riguarda ancora di più, in quanto che il fatto laringeo è primario e non un epifenomeno di altra forma morbosa: es: l'epilessia. Sapendo poi il meccanismo di produzione di questa malattia, si può anche ben comprendere perchè si sia avuta la convulsione e non la vertigine e la perdita di coscienza; in quanto che

la stimolazione delle fibre centripete del vago, facendo destare il meccanismo della tosse, si avrebbe un disturbo idraulico nella circolazione intra-cranica, donde la vertigine e la perdita della coscienza, fatto sempre agevolato dall'alterazione delle pareti vasali, sia per vecchiaia, sia per condizioni morbose speciali (gotta, diabete).

Ove mai lo stimolo è così energico da propagarsi dall'area laringea, che è sempre eccitata, alle aree cortico-motrici prossimiori, si avranno movimenti convulsivi delle parti corrispondentemente eccitate.

DAMIENO

FERROUD dott. P. — *L'intubazione della laringe nel bambino e nell'adulto (L'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte).*

Questo libro merita di esser letto da tutti coloro che s'interessano o praticano l'intubazione. Scritto con lo scopo nobilissimo di accreditare degnamente l'operazione in paese che l'aveva accolta con diffidenza, esso porta l'impronta della verità, avendo l'A. scrupolosamente, e con molto acume, schivate le esagerazioni, che potevano riuscire ad uno scopo opposto.

L'indice del libro si rivela nel titolo: la storia, una analisi critica dei lavori, gli istrumenti ed il manuale operatorio con la relativa critica e la semplificazione di questi e della tecnica, che rappresentano una modificazione apportata dall'A. degna del massimo riguardo, completano questo importante trattatello della *intubazione* nel *bambino* e nell'*adulto*, le sue *indicazioni* ed il *valore terapeutico*.

Le *storie* che chiudono il libro, scelte dalla pratica altrui e dalla propria, sono tutte interessantissime, ed il dott. Ferroud, mentre non ha omessa nessuna citazione, ha il pregio grandissimo di aver scritto dopo una lunga esperienza, una fede ed una assiduità meritevoli del più grande elogio.

Nel tributargli questa giusta lode, io sento il dovere di ringraziarlo personalmente per la larga citazione che si è degnato fare del mio povero nome e dei miei piccoli lavori sull'argomento, e per terminare questa recensione, io dirò che, sebbene le modificazioni apportate al noto apparecchio di O' Dwyer siano tutte razionalissime, io mi riserbo riferirne in merito soltanto dopo averlo provato. Ciò valga a mostrare in quale conto io tenga quello che con tanta sobrietà e dottrina, ha scritto l'A. Sappiano, pertanto, i lettori che nell'apparecchio Ferroud, l'introduttore è soppresso, l'otturatore manca ed è l'estrattore che viene utilizzato per l'introduzione del tubo; cosicchè v'è una specie di pinza che serve per intubare ed estubare, una serie di tubi, un apri-bocca, un dito protettore, una scala graduata.

I tubi sono tagliati nel loro estremo inferiore a becco di flauto, e nell'insieme, durante la manovra, che resta singolarmente semplificata, l'aria comincia già a passare attraverso il tubo; questo rimane validamente attaccato alla pinza, in modo da presentare sempre il maggiore diametro nella direzione della rima glottidea, ed è facile a disinfettarsi e di prezzo bassissimo (la metà di quello di O' Dwyer).

L'A. con gentile pensiero ha messo in testa al libro due apoftegmi che appartengono al Malgaigne. Essi servono mirabilmente a dimostrare quanto fosse sospirato il nuovo metodo, quanto temuta la tracheotomia, e noi nel

riprodurli testualmente in questa recensione, con riconoscenza rievochiamo l'ombra del grande chirurgo francese, il quale, con le sue profetiche parole, mentre ci fa inorgoglire dei risultamenti ai quali siamo oggi pervenuti, ci servirà di conforto nei disinganni e nelle opposizioni preconcette.

« Si je rends houneur au veritable auteur de la trachèotomie, quel honneur ne méritera pas celui qui parviendra à nous en délivrer!. »

(*Seduta dell'Accademia di Medicina 3 gennaio 1859*).

« Que l'historie de la trachèotomie nons serve d'exemple! Qui sait si le tubage ne sera pas un jour pour le croup, ce que la lithotritie est devenue, aprés des difficultés inouïes, pour les pierres de la vessie. »

(*Seduta dell'Accademia di Medicina, 15 novembre 1858*).

Ed anche per questo va ringraziato l'l'A. avendo saputo cosi efficacemente diffondere questi memorabili ricordi.

MASSEI

SCHMIDT prof. M. — *Le malattie delle prime vie respiratorie* (*Die Krankheiten der oberen Luftwege*).

Nel fascicolo di Aprile (v. pag. 98), annunciando la comparsa di questa eccellente pubblicazione, promettemmo riparlarne, dopo averla studiata, ed ora teniamo la promessa; tanto più che, se sarebbe cosa davvero utile tradurre il libro in Italiano, non è possibile dissimularsi le difficoltà di trovare un Editore, che ne curi la stampa con quel lusso e quella diligenza che vi ha speso il signor Springer. Intanto è bene che i nostri lettori sappiano, almeno per *summa capita*, quello che il libro contiene e quello che noi ne pensiamo.

Uno dei pregi più spiccati dell'opera, è la semplicità ed efficacia della forma, grazie alle quali ciò che è difficile, sembra facile, accessibile a tutti, naturale. Prendiamo, ad esempio, il capitolo che riguarda l'*esame* della gola e del naso; ebbene, tolto il superfluo, che non di rado ingarbuglia e confonde, rimane quello che è strettamente necessario a sapersi, e che perciò s'impara presto e con piacere.

Questo singolare merito del libro si valuta subito dallo studioso, ma anche meglio da chi è versato in queste discipline e da chi vi è versato da tempo, sì che possa proclamare le omissioni non un difetto, ma un pregio. Ond'è che l'esame laringoscopico e quello rinoscopico *averso* appajono, come realmente sono per chi vi è abituato, non un artifizio ed un problema arduo, ma una cosa semplice e naturale, come chi ha imparato a nuotare e compiange la sorte di coloro che si agitano, si dibattano, si affatigano, per andare a fondo, invece che a galla!

Il piano del libro è — con fine intuito — regolato così, che lo stesso processo morboso vien studiato, successivamente, nelle varie sedi. A ragione, in una delle tante lusinghiere recensioni fatte, fu scritto che per permettersi codesta licenza, ci voleva l'autorità del prof. Schmidt; ma è pure innegabile che se ne guadagna in concisione ed in chiarezza. D'altronde, si tratta di un libro di *Clinica*, e non v'è chi non possa trovar logico quello che l'Autore dice, a giustifica, nella prefazione: la tubercolosi, come processo morboso, è sempre identica a sè stessa; studiandola nelle sue diverse localizzazioni, si risparmia la pena di ripetere molte cose, ed a contorni più

netti appariscono le parvenze che assumono le manifestazioni con le quali si rivela, vuoi che colpisca il naso, vuoi la faringe, vuoi la laringe.

Sicchè plaudo anch'io e faccio l'augurio che l'esempio dato si muti in una *moda*, che sarà utile a chi scrive un libro ed a chi lo legge.

Dopo cenni, incisivi ed utili sull'anatomia e la fisiologia delle parti di cui l'A. studia le malattie, viene il capitolo 3.°: *considerazioni generiche*. Scopo di questa parte è quello di mostrare come, non di rado, le malattie del naso e della gola, siano in rapporto con malattie di altri sistemi ed organi, sicchè epifenomeno di queste, non cedono che ad una cura etiologica, sapientemente iniziata. Così l'A. istruendo il pratico sulle possibili sorgenti di errore, si rivela un medico dotto, coscienzioso quale idealmente dev'essere lo specialista. Quelle poche pagine sono, nella loro naturale e semplice esposizione, l'apologia delle specialità, come devono essere valutate ai giorno d'oggi: non la storia patologica dì un determinato numero di affezioni nuda e cruda, ma una storia svolta nei rapporti con le affezioni degli altri sistemi e degli altri organi; la loro precisa conoscenza, grazie a mezzi di discreta esplorazione; l'esatta conoscenza delle cause che le determinano, sulla diagnosi delle quali lo specialista deve rivelarsi un clinico profondo. E così la cura indiretta, diventa la più razionale, efficace per l'infermo, utile al sanitario che sfugge alla critica spietata di coloro, che credono aver tra mani il giudizio universale, sorprendendo un errore od un disonesto medico che spera o fa credere riposta, nella cura locale, la salvezza del malato!

Il capitolo sulla *terapia locale* rivela lo specialista erudito e coscienzioso ed apre il largo campo della descrizione dei processi morbosi, nell'ordine come dicemmo. È una descrizione sempre concisa, e perciò efficace; su tutto, emerge l'ammaestramento della propria esperienza, quella che gli ha ispirato il libro e che egli vuole trasmettere, come una preziosa eredità, ai suoi lettori.

Si può, fra questi varii capitoli, fare una cernita? Io dico di no: hanno tutti meriti eguali di semplicità e profonde cognizioni; ma non posso trattenermi dal dire che le malattie dei seni annessi delle cavità nasali sono trattate con tanta verità, semplicità e maestria come pagine assai più numerose mai giungerebbero a far meglio comprendere.

E qui mi fermo: questo dello Schmidt è un libro che si deve pazientemente e completamente leggere: istruisce e diletta al tempo stesso, e l'unanime giudizio con cui è stato salutato, attesta che anche quello che io modestamente scrissi, non è plagio, nè adulazione, ma omaggio reso ad un collega eminente, che con orgoglio può dirsi conosciuto e stimato in Italia, come e quanto nella sua Germania.

F. Massei

SOCIETÀ LARINGOLOGICA BERLINESE

Seduta del 6 giugno 1894.

1) Flatau presenta due casi di malattie delle cavità nasali accessorie.

Uno di essi all' esame rinoscopico presentava un quadro, che avrebbe dovuto essere qualificato come ozena. In esso, al pari che in un altro caso riferito, non ha guari, dallo stesso Flatau, si potette constatare un'affezione del seno sfenoidale. In quest' ultimo infermo, dopo guarita l'affezione bilaterale del seno sfenoidale, cessò persistentemente la formazione di croste nel naso. Nel caso ora presentato dal F. alla Società Laringologica, eravi un' affezione del seno sfenoidale a destra, ed una profonda affezione del seno etmoidale a sinistra. L'infermo, operato al 23 maggio, è ancora in cura. A quanto sembra, anche in questo caso la formazione delle croste dipendeva assolutamente dall' affezione delle cavità accessorie del naso. — Ecco perchè codesto caso è stato presentato, durante questo stadio, alla Società Laringologica, e lo sarà ancora un'altra volta.

Nel secondo caso trattavasi di una donna di 60 anni, la quale già da lungo tempo era affatte da enormi masse polipoidi nel naso. Come causa fu constatata un'affezione dei seni etmoidale e sfenoidale a sinistra. Si dovette asportare in blocco il cornetto medio infermo. La suppurazione è quasi completamente scomparsa.

2) Herzfeld mostra un infermo (che già dal Blaschko fu presentato alla Società di Medicina) affetto da xantoma. Piccoli noduli sporgenti di colore giallastro si erano sviluppati anche nei meati uditivi e nella faringe. Anche quì il carattere anatomico è costituito da uno, o da molti noduli connettivali con cellule giganti.

3) Rosenberg mostra anzitutto un inalatore per sostanze oleose. — Indi, presenta un infermo con una membrana fra le corde vocali. È inserita al di sotto delle stesse; posteriormente è concava, ed occupa il terzo anteriore della corda. Corrisponde alla superficie inferiore delle corde vocali. Non si potette accertare nessun fattore etiologico, sicchè R. la riguarda come congenita.

In quest'occasione egli menziona un altro caso di doppia membrana congenita in un bambino di dodici anni.

4) Scheinmann riferisce che è morto l'infermo con sarcoma del cavo naso-faringeo, che egli aveva presentato alla Società Laringologica. Mostra il preparato.

5) Flatau riferisce sul decorso del caso di carcinoma delle cavità nasali, che egli aveva presentato ala Società Laringologica. Nell' infermo, che allora non volle sottoporsi all'operazione, il tumore si è diffuso alla base del cranio.

6) Demme mostra un caso di pemfigo della lingua. Le vescicole, limpide come acqua, s'intorbidavano otto ore prima di disfarsi.

7) Unshelm mostra un papilloma alla punta dell'ugola; nonchè un caso di frattura della laringe con reperto laringoscopico complicato, sul quale si riserba di fare più tardi i suoi commenti.

Passando alla discussione, Herzfeld fa rilevare, relativamente ai casi di Rosenberg, che il seno sfenoidale può mancare, oppure essere munito di loculazioni, da sopra in sotto.

Rosenberg risponde, che egli può dimostrare con un preparato, che la loculazione può decorrere parallelamente alla parete anteriore.

Schoetz, parlando del caso di Demme, dice che egli è sicuro che non trattasi di pemfigo, sibbene soltanto di afte, stomatite aftosa oppure erpete. A giudicare dall'aspetto, parrebbe che si tratti di afte. — Anche Landgraf dubita, che si tratti di pemfigo.

In quanto al caso di Unshelm, il Rosenberg afferma che i papillomi dell'ugola non sono molto rari.

Passando alla discussione sulla conferenza di Herzfeld, Flatau afferma che presentemente non è più il caso di trattare come rarità le affezioni del seno sfenoidale, ma di studiare i rapporti etiologici di questa malattia, soprattutto in base ai noti lavori di Gruenwald, ed in quali relazioni esso stia verso la sindrome fenomenica dell'ozena, la formazione di polipi, nonchè verso le malattie degli altri seni, e soprattutto con la diffusione del processo alla cavità cranica. Flatau, che in 2 anni ha veduto 26 casi di questa specie, dichiara che egli per ora non intende di prenderli a minuta disanima, e si limiterà soltanto a toccare brevemente alcuni punti. Ebbe a deplorare un caso di morte per meningite latente, cagionata dalla perforazione spontanea di un empiema del seno sfenoidale sinistro nella cavità cranica. Due volte vide il quadro della rinite atrofica fetida; e la formazione delle croste fetide scomparve persistentemente in un infermo dopo apertura e consecutivo trattamento dei due seni sfenoidali. Il secondo caso, che ha da poco tempo sott'osservazione, è quello che ha presentato alla Società Laringologica. Soltanto due volte osservò polipi che otturavano la cavità nasale; però, vi era allora sempre un'affezione concomitante del seno etmoidale.

Rosenberg parlando sull'ozena dichiara, che egli ne ha avuto l'impressione come se esso fosse l'affezione primaria, da cui secondariamente si produrrebbero gli empiemi delle cavità accessorie. Di rado rinvenne polipi, che egli riguarda, per questi casi, anche come secondarii. Quasi mai accertò sifilide o scrofolosi in casi di ozena. L'età degl'infermi variava fra 19-30 anni. — Egli prende le misure dalla spina nasale anteriore. — 6,8 rappresenta la distanza media dalla parete anteriore, 8 e più, dalla parete posteriore. Però, in queste cifre vi sono oscillazioni fra 6-10. Ciò è confermato dalla differente forma di queste cavità. Così, per es., si veggono sporgenze e cercini, che hanno punto di partenza dalla parete. Inoltre, potette rilevare altresì una differenza nella sede, nonchè nel punto fisso anteriore e posteriore, che viene sentito alla palpazione. La sporgenza fra il setto ed il cornetto medio non è costante. In un caso il pus apparve soltanto dopo l'asportazione del cornetto medio. Per l'apertura e la dilatazione della parete anteriore, Rosenberg trova sufficiente la sonda a cucchiajo.

Schwabach è di credere che l'etiologia dell'ozena abbia d'uopo di ulteriori chiarimenti. Nell'ospedale civico Urban, egli vide un giovine, che vi

era stato ricoverato con fenomeni setticemici. In mezzo a delirî ed a coma, si stabilì un'otorrea a sinistra. All'esame fu constatato un'otite media a sinistra con perforazione, e dall'altro lato la stessa affezione nello stadio incipiente. Dall'anamnesi non risultava che l'infermo avesse sofferto precedentemente disturbi nasali. L'esame rinoscopico, oltre alla tumefazione dei cornetti, non faceva constatare altro.—Ad una fugace remissione dei sintomi—ai quali si associarono pure infiltrazione pulmonale e tumefazione di un ginocchio — seguì un esito letale abbastanza repentino. L'autopsia fece rilevare, ad amendue i lati, un secreto purulento nella cavità timpanica, nei due seni sfenoidali, nei due seni mascellari e nelle due cavità mastoidee. Nessuna traccia di carie del cranio. I denti erano completamente intatti. Dal pus si potettero coltivare streptococchi.

Schwabach riferisce pure un secondo caso, nel quale l'infermo fu accolto in clinica in uno stato comatoso, e morì dopo due ore. L'autopsia fece rilevare una meningite purulenta diffusa ed un empiema in tutte le cavità accessorie del naso, tranne nei seni frontali.

Secondo Schwabach, è probabile che, in amendue questi casi, vi sia stata un'affezione primaria delle cavità accessorie del naso, la quale dovrebbe essere riguardata come un' affezione streptococchica genuina. Raccomanda di badare a questo nesso etiologico nei casi congeneri che si presenteranno sott'osservazione nell'avvenire.

Scheinmann, a causa della oscurità in cui è tuttora avvolta l'etiologia, ritiene come possibile che in talune circostanze, dopo operazioni di polipi, possano prodursi affezioni di cavità accessorie del naso. — Per evitare equivoci, vorrebbe che si procedesse al constatamento, vedendo scorrere il pus, oppure con una specie di punzione.

Schoetz domanda perchè fu asportato il cornetto medio nel caso di Rosenberg, al che questi risponde che vi fu indotto da una stenosi nasale.

Flatau fa notare, che il mònito di essere cauti per non cadere in equivoci diagnostici, si riferisce a tutte le affezioni delle cavità accessorie del naso, e non soltanto al seno sfenoidale. E se talvolta si ha occasione di osservare che taluni individui, benchè affetti da questa malattia, raggiungono un'età inoltrata, ciò non deve indurci ad un *laissez aller* terapeutico a loro riguardo. Al pari che nelle croniche otorree, anche qui devesi attuare l'antico precetto classico: *ubi pus, ibi evacua.*

Herzfeld ha parimenti veduto due casi con sintomi di ozena, nei quali egli potette constatare affezioni delle cavità accessorie del naso. Menziona l'antica ipotesi di Michuel. Crede di dover attribuire un' importanza alla tumefazione fra il cornetto medio ed il setto.

Seduta del 6 luglio 1894.

1) Treitel presenta una giovanetta nella quale egli credette di potere ammettere un lupus primario del palato molle. Si vedevano noduli grossi quanto un granello di miglio sull' ugola e sui pilastri. Le tonsille avevano l'aspetto di uova di rana. A quanto pare, l' affezione si era sviluppata nel corso di un anno.

2) Flatau presenta una donna, che egli ha osservata da due anni, la quale, allorchè gli si presentò la prima volta in cura, presentava un processo gommoso sulla parete laringea posteriore, che si diffondeva fino al periostio. Guarì. Dopo qualche tempo, si ripresentò con una piccola perforazione del velo pendolo, la quale cagionava rigurgito e disturbo della favella. Molto tempo dopo la cura antisifilitica, Flatau praticò la staffilorafia; però, l'operazione non diede la guarigione. — Trascorso qualche tempo, fu fatto un'altra cura antisifilitica, e dopo parecchi mesi fu praticata di nuovo l'operazione. Però malgrado un sufficiente recentamento e la sutura, si chiuse soltanto la parte superiore della perforazione. Ad ogni modo, l'inferma se ne avvantaggiò positivamente, giacchè cessarono i disturbi della favella e della deglutizione.—È noto che nelle perforazioni del velo pendolo la distanza dal limite del palato duro ha una certa importanza; quelle più in alto, anche se piccole, cagionano gravi sintomi; quanto più profondamente esse risiedono, tanto più latente è la loro produzione ed il loro decorso.

3) Heymann presenta di nuovo un'inferma con sifilide terziaria e cicatrici, alla quale egli praticò la tracheotomia. L'affezione, che in ultimo si sviluppò sulla palpebra oculare inferiore, era di natura tubercolare.

Nella discussione, che seguì alla presentazione dei casi, Fraenkel fa notare, a proposito del caso di Treitel, che egli non scorge alcun nodulo, ma soltanto un'ulcerazione laterale. Crede che si tratti di una tubercolosi della mucosa.

In quanto al caso di Flatau, il Fraenkel opina che il limite fra le due specie di perforazione, accennato dal Flatau, potrebbe essere tracciato dalla contrazione dell'elevatore e del costrittore superiore. — Relativamente alla quistione circa il momento in cui bisogna praticare l'operazione, porta opinione che non si possa assegnare una norma precisa, valevole per tutti i casi.

4) Treitel in un caso analogo ha osservato, sei anni dopo l'infezione sifilitica, una completa chiusura della perforazione del velo pendolo. L'operazione era stata eseguita in Aquisgrana. In parecchi casi il disturbo della favella dipende dai fenomeni infiammatorii e dalla poca mobilità del palato.

5) Demme presenta un bambino con ulcerazioni multiple, rotonde, sulla faccia, le quali sono in via di disfacimento. Sul fondo dell'ulcera vi erano alcuni noduli. Cavità nasale sinistra completamente riempita di granulazioni. Dotto naso lagrimale dilatato, sondabile, lateralmente, per la via di un'ulcerazione palpebrale, infiltrato luogo il dotto. Sul palato duro eravi un'altra ulcerazione, la quale perveniva fin sull'osso. L'esame batteriologico diede un risultato negativo. Demme ammette che si tratti di tubercolosi.

Herzfeld ha osservato precedentemente lo stesso caso, e ritiene ancora che trattisi di sifilide.

Fraenkel fa rilevare la possibilità che si sviluppi una necrosi del mascellare superiore.

Scheinmann domanda se sia stata fatta l'illuminazione per trasparenza.

Demme afferma che egli riguarda l'affezione cutanea indubbiamente come un lupus, e crede che quella della mucosa sia della stessa natura.

Scheinmann riferisce il reperto esatto del caso di sarcoma, che gli è stato

ripetutamente presentato. Secondo lui, in questo caso trattasi di sarcoma della toasilla del Luschka.

In ultimo, mostra un trapano per aprire più largamente il seno mascellare per la via del processo alveolare.

Flatau ritiene che il martello e lo scalpello sieno gl'istrumenti più adatti, e menziona i trapani di Thornwaldt.

Herzfeld raccomanda la macchina perforatrice; però, crede che si possa anche adoperare l'istrumento a forma di trapano.

Passando all'ordine del giorno, Heymann presenta preparati di un caso di aderenze membranose delle false corde ed affezioni lupose della pelle. Altri ammisero che si fosse trattato di sifilide. Alle injezioni di tubercolina non seguì mai una reazione. L'autopsia fece rilevare, come causa della morte, la meningite tubercolare. Nel pulmone, cicatrici sospette da sifilide. Il preparato della laringe depone per un'affezione originariamente sifilitica, sicchè vi sarebbe a supporre che i bacilli tubercolari si siano poi fissati sulle cicatrici, ed abbiano prodotta una distruzione luposa. A favore di questa supposizione depone altresì un secondo preparato, presentato da Heymann.

T. Flatau

VARIA

L'Accademia Medico-Fisica e la società Filoiatrica di Firenze fondarono un premio quinquennale di Lire 500 per favorire il progresso della Chirurgia in Italia e per onorare e perpetuare la memoria dell' illustre Professore Ferdinando Zannetti.

Il tema designato è « *la Chirurgia del cervello, del midollo spinale e delle loro meningi* ».

Nell' ordine logico della Chirurgia, questo argomento fa seguito a quello della Trapanazione del cranio, sul quale il Prof. Zannetti, dopo un assiduo lavoro di oltre dieci anni, nel 1877 scrisse un'Opera stupenda, incoraggiando i Chirurghi ad « uno studio di cui esso (la trapanazione del cranio) ancora « abbisogna, diretto a riconoscere i casi nei quali debba considerarsi quale « atto operatorio di assoluta urgenza; cosicchè la clinica non possa essere ac« cusata di avere respinto un compenso Chirurgico razionale e proficuo ad « impedire un esito fatale » (Vedi Prefazione a detta Opera).

Quasi che queste parole dell' eminente clinico di Firenze avessero avuta un'eco lontana, in Inghilterra e in Germania alcuni valorosi Chirurghi hanno preso a coltivare questo studio; e le vittorie da essi riportate in questo campo autorizzano già a presagire che anche in esso la moderna chirurgia farà grandi conquiste.

Non essendo stato conferito il premio nel precedente concorso, esso si intende nuovamente aperto, determinando per il 31 luglio 1895 il termine utile per la presentazione delle opere manoscritte.

REGOLAMENTO

Art. I. È aperto il concorso al Premio quinquennale di L. 500 istituito dalla Accademia Medico Fisica e dalla Società Filoiatrica col Titolo *Premio Zannetti*.

Art. II. Saranno ammessi al concorso soltanto i lavori di autori Italiani.

Art. III. Il Premio sarà conferito dalla Accademia Medico Fisica e dalla Società Filoiatrica riunite in seduta plenaria, letto, discusso ed approvato il rapporto della Commissione esaminatrice dei lavori presentati a concorso.

Art. IV. Detta Commissione sarà composta di membri scelti nelle due Società, e cioè due membri della Medico Fisica e di uno della Filoiatrica.

Art. V. La presidenza della Accademia Medico Fisica annunzierà l' apertura del concorso un anno avanti il termine utile per il conferimento del premio.

Art. VI. Il termine utile per la presentazione dei lavori scadrà il 31 luglio

1895 ed i lavori dovranno essere diretti, franchi di ogni spesa, alla Presidenza della Accademia Medico Fisica.

Art. VII. Tutti i lavori presentati a concorso diverranno proprietà delle due Società e saranno conservati in Archivio.

Art. VIII. Quando entro il termine di un anno l'autore del lavoro premiato non l'abbia fatto stampare per proprio conto, le due Società avranno il diritto di pubblicarlo nei loro atti.

Art. IX. Nel caso che nessun lavoro fosse presentato a concorso o che non si facesse luogo al conferimento del premio, le due Società provvederanno subito a riaprire il concorso.

V. Il Presidente
Prof. Pietro Grocco

I Segretari degli Atti
Dott. Rutilio Staderini
Dott. Arnaldo Trambusti

Firenze, dalla residenza dell'Accademia, Via Alfani 35.
31 Luglio 1894

RICERCHE COLLETTIVE CONCERNENTI LA CURA DEL PAPILLOMA DELLA LARINGE NEI BAMBINI

Essendomi occupato recentemente della cura dei papillomi della laringe nei bambini, ho osservato che si è ben lungi dall'essere d'accordo sul miglior metodo di cura. È inutile il dire ch'è impossibile procedere in tutti i casi allo stesso modo, e che bisogna considerare, naturalmente, le qualità particolari di ciascun caso.

Però credo sia possibile venire all'unanimità su certe questioni fondamentali, come le seguenti: è meglio praticare un'operazione endolaringea, chirurgica od un altro metodo di cura?

Per poter giudicare del valore delle diverse cure, dobbiamo riunire il maggior numero possibile d'osservazioni.

A questo fine mi rivolgo ai signori chirurghi e laringologi pregandoli di voler rispondere alle seguenti domande:

1° età e sesso del bambino — stato del padre;

2° sintomi (raucedine, dispnea etc.);

3° metodo e data dell'operazione, immagine laringoscopica;

4° risultato dell'operazione (morte, sua causa? recidive, dopo quanto tempo? guarigione, data dell'ultima visita);

5° questi casi sono essi stati pubblicati? quando e dove?

I miei sinceri ringraziamenti anticipati a tutti i colleghi che vorranno prestarmi il loro aiuto, rispondendo alle mie domande.

Berlin N. W. Mittelstr. 55 — 8 Settembre 1894.

Dott. Rosenberg
Assistente di laringologia all'Università

Riportiamo anco quest' anno l' Elenco delle tesi di laurea presentate nel luglio 1894 da varii laureandi, per mostrare l'interesse che i giovani prendono a questi studii.

1° MARTORANA ANTONINO — Casi clinici raccolti nel dispensario di Laringojatria diretto dal prof. Massei, per dimostrare l'esistenza di alcune malattie del naso sull'apparecchio del respiro.
Relatore prof. Massei — approvato con 7/10,

2° SALERNI VINCENZO — L'intubazione della laringe nella terapia della stenosi laringea.
Relatore prof. Massei — approvato con 7/10.

3° CAVALLARO ERMINIO — Della ipertrofia tonsillare, specialmente in rapporto ai disturbi dell'udito.
Relatore prof. Boccardi — approvato con 6/10.

4° MIOLA FRANCESCO SAVERIO — Contributo allo studio delle paralisi del velopendolo postume di difterite e d'influenza.
Relatore prof. Antonelli — approvato con 8/10.

5° BELFIORE FRANCESCO — Sifilide laringea.
Relatore prof. Massei — approvato con 8/10.

6° COLUCCI GIACINTO — Papillomi del laringe.
Relatore prof. Massei — approvato con 8/10.

7° FALLETTA GAETANO — Studio clinico ed anatomico di 5 casi di tumori benigni della laringe.
Relatore prof. Frusci — approvato con 8/10,

8° BARESE SALVATORE — La cura della laringite pseudo-membranosa o crup.
Relatore prof. Massei — approvato con 8/10.

9° SCARPINATO ANGELO — Cura locale della tubercolosi laringea.
Relatore prof. Di Giacomo — approvato con 8/10.

10° MASTROGIACOMO GIACOMO — A proposito di un caso di papilloma della laringe.
Relatore prof. Massei — approvato con 8/10.

11° ROSELLI FRANCESCO — Su talune paralisi laringee di origine periferica.
Relatore prof. Vizioli — approvato con 10/10.

12° N. N. — Empiema del seno frontale.
Relatore prof. Cozzolino — approvato con 8/10.

Il Movimento Medico di Roma, pubblica i sommarii di tutti i giornali di Medicina e Chirurgia italiani.

INDICE

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

INDICE ALFABETICO DEGLI AUTORI DEI LAVORI ORIGINALI

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

ANNO XV — 1895.

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Dott. ALESSANDRO TRIFILETTI

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia.

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8° ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L' abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. 5 per l' Italia, L. 6 per l' Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al prof. **MASSEI**, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l' abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s' intendono riconfermati per l' anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l' acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. **MASSEI**.

Anno XV — 1895

NAPOLI

STABILIMENTO TIPOGRAFICO MERIDIONALE

Via Nuova Pizzofalcone, 14

1895

ANNO XV.

Il nostro giornale può oggi scrivere sulla sua *testata:* **ANNO XV.**—La vita di quindici anni, per un giornale medico in genere, in ispecie per uno di *specialità*,—mentre i tempi corrono ben poco propizii alle pubblicazioni periodiche — costituisce di per sè la migliore raccomandazione. Fu, forse, vita non tutta uguale e uniforme di sorrisi e di rose; ma al nostro periodico, nato sotto una buona stella, i passeggieri turbamenti lo hanno spinto a riprendere sempre più vigorosa lena.

E così, lentamente accumulando le memorie e proseguendo le tradizioni della sua non breve esistenza, il nostro giornale può oggi compiacersi innanzi al pubblico della prosperità sua, e constatare ancora la propria vitalità forte e sicura.

Promesse quindi non facciamo, perchè la nostra vita passata è garanzia di quella avvenire. Chi ci ha seguito, abbonato o lettore, ha visto come agli **Archivii Italiani di Laringologia** facciano capo i migliori fra gli scrittori negli argomenti di specialità e come il nostro periodico tenga sempre viva la comunicazione del pensiero fra coloro che lo scrivono e coloro che lo leggono, e come la lettura di esso sia, anche pel medico pratico e generico, una consuetudine grata e costante.

Gli **Archivii Italiani di Laringologia** restano il segnacolo della letteratura delle specialità, della letteratura nuova ed educatrice. Ora, mentre a questo intendimento il nostro periodico non verrà mai meno, continuerà a seguire attentamente in ogni sua manifestazione il movimento scientifico, riguardo alla specialità, ed avrà sempre articoli e lavori originali, insieme al ricordo ed alla illustrazione dell' avvenimento scientifico del giorno.

Sotto questo aspetto esso cercherà di rendersi sempre degno della simpatia dimostratagli dal pubblico italiano e straniero.

La Redazione

PARTE ORIGINALE

I.

L'OZENA

per il dottor C. ABATE

L'Ozena è un capitolo di patologia sulla cui origine patogenica e cura se non siamo rimasti alla prima pagina, non possiamo certo vantarci d'essere all'ultima. Conosciuto fin dai tempi d'Ippocrate e Galeno, a renderne profonda la spiega, le teoriche si sono successe alle teoriche, informandosi, naturalmente, ai diversi sistemi di medicina dominanti. Non c'è che fare; taluni morbi passano spesso attraverso i secoli erigendosi a tesi aspre e difficili e senza mai smentire del tutto la gravità del loro carattere. Nel 1873, sulla copertina d'una mia opera di laringologia, pubblicata in Napoli, io annunziavo d'imminente pubblicazione: « *Ozena, origine*, *conseguenze e terapia.* » Era un lavoro completo e pronto perciò a venire consegnato all' Editore, ma sul punto combattendomi ancora più forte il dubbio che non solo l' ulcerazione della mucosa nasale e l'odore speciale *faetor narium*, *dysodia, punaisie*, non rappresentassero la malattia, come erroneamente avevano ammesso Riverio, Farnelio, Sauvages, Wepfer ed altri, ma che i momenti da me invocati non ne assolvessero altresì l'etiologia e le fasi, decisi di non pubblicarlo aspettando nuove ricerche ed osservazioni più esatte. Mentre da più di venti anni questo lavoro dorme fra la polvere e le tignole della mia biblioteca, io, come si può supporre, ho continuato i miei esperimenti clinici, ho rovistato in proposito moltissime monografie, consultato opere classiche, analizzato il giudizio dei più competenti fra gli specialisti di malattie di naso, eppure, vi dico il vero, desideravo saperne assai di più. Non voglio con ciò negare, e sarebbe ingratitudine od ignoranza, che un progresso grande non si è fatto; basta la sobria e limitata denominazione di Ozena a singoli casi solamente, basta la conoscenza che la soluzione di continuo, la necrosi, la carie delle ossa nasali più che all' affezione in discorso ci richiamano a diversi processi patologici. Sì, il progresso sta nei limiti ai quali si è voluto ridurre il morbo, il quale nasce con singole modalità e fin dal suo insorgere conserva i caratteri che lo distinguono. In vista di tale rigore etiologico, veniva esclusa del tutto la possibilità che una rinite catarrale, dati anche da molti anni, e subisca alterazioni anatomiche diverse, possa trasformarsi in Ozena; cadevano perciò da se, come insussistenti, parecchie distinzioni messe avanti, p. es., quella di

rinite fetida e di rinite semplice proposta dal Bresgen, di rinite anteriore e posteriore consigliata dal Desnos, ecc. ecc.

Nell'attualità, malgrado è alla portata di tutti i medici, specialisti o non, che il fetore non costituisca per sè stesso il momento esclusivo dell'Ozena, e che l'odore cattivo può essere il risultato di affezioni non solo del naso, ma degli apparecchi pneumatici, del cavo orale, della faringe, della laringe; malgrado si è convinti che stando alla etimologia del vocabolo è facile che si erri in un numero non poco di morbi provenienti da organi diversi, purnondimeno fa mestieri che resti la parola Ozena: essa si è resa celebre per antichità e ad onta che non indichi nulla di preciso, come la parola «tubercolo», si è assimilata, permettetemi l'espressione, nella mente dei patologi e dei profani. L'Ozena, che esprime odore caratteristico non solamente accenna ad un sintoma, ma si rifà ad un processo. Demme dice che la diagnosi del morbo in parola vien fatta da uno dei nostri cinque sensi.

I lavori per ispiegare l'alito nauseante nell'Ozena e per approfondire la patogenesi di esso sono stati multipli, grandemente ingegnosi. E qui, benchè cosé conosciute oramai da tutti, sono tentato parlare, telegraficamente, d'una teoria anatomo-fisiologica, d'una teoria chimica, d'una teoria neuro-trofica, d'una teoria micotica e d'una teoria diatesica o distrofica alla quale rivolgerò tutta l'attenzione.

I vizii di conformazione dello scheletro nasale parvero ad alcuni autori più che sufficienti a spiegare le croste fetide dell'Ozena, a favorire lo sviluppo d'un catarro cronico specifico. Sauvage e Tillot partendo così dal principio che la congenita ristrettezza delle coane sia nel caso d'impedire la libera circolazione de' secreti e produrre la decomposizione di questi ultimi, confusero la malattia con una condizione anatomica abnorme, e videro chiara tutta una relazione di causa ed effetto. Però se essi per fondare la loro teorica, che non manca di attrattiva, dovettero ricorrere alla diminuzione delle cavità nasali — naso camuso — Zaufal, ed in seguito Gottstein tentarono, all'opposto, spiegare il fetore, l'essiccamento e la decomposizione delle secrezioni con la soverchia grandezza del lume delle coane e con l'atrofia del turbinato inferiore. Anche questa teorica di Zaufal, che lusinga molto ed ebbe molti proseliti non solo per il modo come si da ragione dell'accumularsi del segreto, e che sta in una scemata forza di espirazione, ma per il riscontro giornaliero di diverse famiglie con naso a sella e dove col fatto predomina l'Ozena, doveva venire abbandonata. L'obbiezione principale arrecata alla stessa è che sovente le condizioni anatomo-fisiologiche volute dall'eminente rinologo non riescono indispensabili per lo sviluppo della affezione che ci occupa. A meglio dire, come sostiene il nostro illustre prof. Massei, non è raro che la conformazione scheletrica nasale di Zaufal esiste in tutto e per tutto e intanto l'Ozena manca.

La teorica chimica, la quale anch' essa si promise risolvere l' aspro problema, ebbe pure i suoi momenti di trionfo. E quì vediamo il nostro dotto amico Massei spiegarsi l'odore speciale con una sostanza volatile allo stato nascente, che formasi subito che passa attraverso gli epitelii. Sarebbe soverchio il dire che questa spiega ingegnosa quanto profonda venne da molti in Europa accolta con plauso.

Ziem, forse per ragione di analogia, tentò spiegarsi il cattivo odore mercè una speciale fermentazione non dissimile a quella che genera l'alito ributtante de' piedi e delle ascelle in alcuni individui. È una spiega che attirasi l'attenzione, ma che viene ad urtare in una cognizione anatomica di non poca importanza, cioè la scarsezza o la completa scomparsa di glandole, constatata da Chatellier nell'Ozena, nella faccia interna del naso. Perchè una fermentazione qualsiasi abbia luogo, è necessario ch' esista un liquido che la determini, la favorisca, ma scomparse le glandole che apprestino gli elementi del mestruo favorevole alla fermentazione in discorso, chi ne fa le veci? Krause si spiega l'odore ozenatoso con la trasformazione dei globuli rossi in acidi grassi. I cambiamenti chimici nel secreto della mucosa nasale vennero da Volkman addebitati alla trasformazione dell' epitelio vibratile in pavimentoso.

Molti anni addietro, allorquando, come vi dissi, io volevo portare il mio debole contributo, non tranquillizzandomi affatto nessuna delle convinzioni più in voga a quell'epoca, neppure quella classica dei seni, che si era una volta fatto strada con le ricerche cliniche del Trousseau, e prima di questo grande patologo un poco con le osservazioni del Pery e del Laurent, i quali definirono il morbo un' ulcerazione delle fosse nasali, del palato e dell'antro d'Igmoro, credetti opportuno riconoscere con Giannuzzi e Ludwig un sistema particolare di nervi, che presiedono alla nutrizione degli organi e tessuti e spiegarmi con essi l'Ozena. Se ricordate la viva lotta impegnata, non ha molto, fra patologi e fisiologi, cioè tra l'esistenza e non esistenza di nervi trofici; se ricordate che vi fu un periodo di tempo in cui per qualunque processo infiammativo, nutritivo, funzionale, la non ingerenza dei suddetti tubolini, almeno per alcuni pratici, riusciva assai difficile, non vi farete le maraviglie se anch'io non trovando di meglio ricorressi momentaneamente ad essi per una luce etiologica sufficiente.

In questi ultimi tempi non era difficile prevedere che la quistione si sarebbe portata in un campo batteriologico. Giustificata l'importanza di alcuni microbi, che secondo Besser entrando per il naso e spingendosi profondamente in basso nelle vie aeree possano rendersi causa della pulmonite infettiva di Friedlander; ammesso con Fraenkel e Weichselbaum che moti casi di meningite cerebrale abbiano origine da batterii patogeni che si partono dal naso; riconoscendo le ricerche di Paulsen, di Wright, di Besser ed altri, che nelle

cavità nasali allo stato fisiologico trovansi un grandissimo numero di microrganismi, diverse specie di bacilli, di micrococchi, non che batterii patogeni, come p. es. lo sthaphilococcus piogenes aureus, albus e citreus, lo streptococcus piogenes, il diplococcus pneumoniae ecc. ecc., era logico che i batteriologi pensassero sul serio ad esperimentare se col fatto l'elemento causale dell'Ozena non fosse un singolo bacillo. Infatti nel 1883, la teorica parassitaria preconizzata dal Baginsky, dal Fraenkel dal Massei, dal Morra e da altri eminenti specialisti trovava una splendida conferma nella scoverta di Lœwenberg (1). Senza la menoma idea di combattere questa importantissima scoverta, che ha fatto epoca ed ha trovato un' eco lusinghiera nelle osservazioni di Klamann, Baratoux, Hayek, Friedlaender, mi sembra però che essa aspetta migliori responsi. Non siamo tuttavia nel caso di potere asserire con la massima convinzione, come vuole Seifert, che nelle forme gravi di Ozena l'odore speciale dipenda da una decomposizione di cellule epiteliali corneificate e staccate per l'innesto di microrganismi. Non siamo arrivati ancora a spiegarci indiscutibilmente se la produzione del fetore si debba alla influenza diretta di un microrganismo, ch'è il vero bacillo ozenatoso, ovvero si debba a più elementi micotici, sempre però che vi siano alterazioni della mucosa, tali che agevolino lo sviluppo di essi e determinino la peculiare trasformazione del secreto nasale.

Oggi si va sempre più a credere ed a dimostrare, che i microbi immensi che stanziano nel muco del naso possono rimanere innocui in cotesta cavità, produrre malattie *in loco* ò diffondendosi determinare anche in organi lontani la loro nefasta influenza. Ricerche accurate hanno messo fuori dubbio che i batterii patogeni dell'otite media, della corizza, dell'Ozena possano altresi trovarsi nello orecchio, nel naso e nella bocca d'individui allo stato fisiologico. In fatti, il pneumobacillo di Friedlaender veniva trovato da Klamann e Thost nell'Ozena in diverse otopatie come nel naso di persone perfettamente sane. Lo streptococco piogene, che Netter riscontrava nella saliva di un ammalato, veniva nello stesso tempo da Fräenckel e Frendenberg rinvenuto nella difteria della laringe, della trachea e dei bronchi. Gli stafilococchi piogeni, che si fissano constantemente nel cavo della bocca, venivano da Fräenkel, Hayek, Netter ed altri trovati nelle fosse nasali.

In qualunque modo, ammettendo, *sine qua non*, che milioni di microbi in condizioni normali si stabiliscono nelle fosse del naso, che alcune forme di essi, modificando il secreto delle cavità ove pullullano, possano

(1) L'Ozena, sia dal lato clinico che batteriologico, è stato da molti anni trattato con molta competenza da distintissimi specialisti italiani fra i quali mi permetto ricordare i nomi di Massei, Cozzolino, Fasano, Dionisio, Morra, Marano.

dare origine a diversi odori, nasce spontanea la dimanda: qual'è, o quali sono nell'Ozena gli elementi micotici capaci a spiegarci tutto? Costituiscono essi microbi il punto culminante del processo morboso o rappresentano invece una parte accidentale, secondaria? Perchè l'Ozena colpisce nella prima infanzia e attacca il più delle volte parecchi nella medesima famiglia? Vi confesso, o signori, che io non mi credo da tanto d'una risposta, che attendo da nuovi studii e più profonde ricerche etiologiche e patogenetiche. Però fin da ora, sembrami, mi è concesso ammettere che perchè il rinobacillo ozenatoso si sviluppi, diventi esiziale, mentre d'altra parte in moltissimi individui si mantiene inocuo per una intiera esistenza, è indispensabile vi sieno alterazioni della mucosa nasale, e meglio disturbi nutritivi costituzionali capaci a spiegare la vulnerabilità della mucosa istessa e a preparare il terreno propizio per la cultura di microbi patogeni.

L'Ozena si mostra nella prima infanzia, per dir così nell' età che segna l'epoca opportuna per lo sviluppo di morbi generali a carattere floscio, con indifferentismo di cellule, incompleta formazione d'ossa e predominio del tessuto vegetativo sul muscolare; Morell Mackenzie constatava la rinite atrofica in tutti i bambini appartenenti ad una medesima famiglia; cotesta rinite ha dovuto attingere la sua origine patogenica da un comune vizio diatesico, da uno stato costituzionale difettoso. Rigettando come assai poco fondato nell' Ozena il momento d'una sifilide ereditaria, credo invece che debbasi riconoscere nella scrofolosi una grandissima influenza. In 102 casi di vero Ozena, che nello spazio di 19 anni ho potuto accuratamente raccogliere, 60 individui assai giovani, a non oltrepassare gli anni 16, risultarono di costituzione floscia con segni manifesti di scrofola, 14 tubercolizzabili o discendenti da famiglie tubercolose, 12 con manifesta deviazione del setto nasale, 7 della porzione ossea e 5 della cartilaginea, i rimanenti degli affetti erano, almeno in apparenza, di costituzione robusta e tutti superiori ai 30 anni.

La scrofola, che più che un morbo è la più chiara espressione della vulnerabilità di tutto l'organismo ad ammalare, attacca a preferenza i tessuti glandolari e le mucose, ma fra queste ultime sono le cavità del naso, che con ispecialità risentono il suo dominio. Il naso a sella, il quale ha fornito a Zaufal il concetto onde formulare la sua teorica anatomica seducente in sostanza, si rinviene frequentemente in soggetti con scrofola torpida.

Autori eminenti si son fatti la dimanda: è l'Ozena contagioso? La risposta pare sia stata del tutto negativa e ciò ma grado la scoverta del rinobacillo ozenatoso. Il dubbio d'una possibile trasmissione da persona a persona fece capolino in un'epoca prerinologica. Stacidigelius « *de Ozena in quatuor fratribus* » racconta l'istoria non priva d'interesse di quattro figli di un contadino, i quali l'uno dopo l'altro affet-

taronsi di Ozena con fetore insopportabile. Ma qui, osserva il Walleix, trattasi poi di contagio o debbasi la simultaneità nella manifestazione del morbo ad un vizio ereditario che si è messo in mostra quasi nello stesso tempo? L'istoria di Stacidigelius trova qualche riscontro nelle opere degli autori moderni. Rosenfeld, infatti, fa menzione d'una donna a 65 anni che soffriva d' Ozena fino dall' adolescenza e che aveva 7 figli e 12 nipoti, di cui nove erano affetti d'Ozena. Anche a me è toccata un'osservazione simile che mi è piaciuto registrare. Trattasi d'una famiglia messinese in cui la madre a 43 anni presenta evidenti manifestazioni di scrofola sofferta, dalle cicatrici che sfigurano il suo collo e parte della faccia e che fra sette figli che tiene, tutti d'abito linfatico e con enormi ipertrofie tonsillari, 4 soffrono d' Ozena e gli altri tre di sudore fetido ai piedi, insoffribile addirittura, appena la rinnovazione delle calze viene per poco trascurata.

L'affezione che ci occupa, la quale mostrasi talvolta costante attraverso parecchie generazioni, è sconosciuta del tutto in talune famiglie. Si nasce con questa malattia e tutte le riniti croniche del mondo non diventano mai Ozena, qualora però non si vogliano battezzare per realtà delle parvenze. In fanciulli degradati e scrofolosi con catarro nasale in apparenza semplice, è buono che si ricorra per tempo ad una cura energica locale, ed altresì ad una terapia ricostituente, perchè è d'aspettarsi che quella flogosi, che accenna fin da principio a non scomparire tanto facilmente, assuma ben tosto forme anatomiche e sintomatiche caratteristiche.

Signori, dalle mie cliniche ricerche, spoglie del resto di qualsiasi preconcezione, sarei tentato trarre i seguenti corollarii:

Si nasce con l'Ozena, perchè si nasce scrofolosi ; l'Ozena è ereditario, ma non contagioso; un microbo (o forse diversi microbi), perchè si sviluppi e dia luogo all' odore ributtante specifico e alla singola trasformazione del secreto, fa mestieri indispensabilmente d' una condizione patologica speciale della mucosa del naso.

R. Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Siena

CONTRIBUTO ALLA CRICO-TRACHEOTOMIA PER CRUP LARINGEO

Nota su due casi clinici

del dott. ERIBERTO AIEVOLI
Aiuto

I. La messe di pubblicazioni nel campo della tracheotomia, si è resa in questi ultimi anni così larga e ricca, che non si ha forse cultore di scienze mediche, il quale non abbia direttamente attinto, specie nei periodici, gli elementi sostanziali, necessari a farsi un criterio pratico sulla tracheotomia e sull'intubazione, rispettivamente agli stati difterici e crupali del laringe.

Estraneo agli studi di questa branca speciale della Chirurgia, mi occorre tuttavia intrattenermi sommariamente, su di un caso clinico, appunto perchè le operazioni sul condotto laringo-tracheale, almeno per l'apertura del medesimo, non hau cessato di appartenere altresì alla Chirurgia generale. Lascio quindi da parte la questione: se convenga anteporre la intubazione alla tracheotomia, già pago, se nella sua semplicità narrativa, la mia contribuzione, possa nelle mani altrui, contribuire ad allargare in un certo senso, la casuistica dei successi della tecnica chirurgica.

Già da alcuni anni, l'esecuzione della tracheotomia in tenerissima età, fu caldeggiata dai chirurghi; e limitandosi (come io intendo fare) a scorrere le pubblicazioni soltanto dal 1890 in quà, giá si trovano autori che ne proclamano, o di proposito, o incidentalmente, occupandosi di casuistica, la quasi innocuità, purchè s'intende, colui il quale la esegue, possegga la tecnica esecutiva.

Pèraire (*Révue de Chirurgie, 6, 1890*) p. es. raccoglie un gruppo di casi a sostegno dell'efficacia della tracheotomia, anche in età inferiore ad 1 anno.

Bokai (*Pester Med. Chir. Presse, 1891*) ha riferito su 479 casi di difteria e croup dell'ospedale Stefania di Budapest, nei quali 159 volte fu eseguita la tracheotomia, d'ordinario superiore: la guarigione sarebbe stata del 14 % soltanto!

Di ben più alto interesse è un lavoro di Jakubowski (*Gazeta Lekarska 1891*) sul parallelo, tra' risultamenti ottenuti, nel crup, con la tracheotomia e con l'intubazione laringea. In un gruppo di casi fu

64 volte eseguita l'intubazione, con 26 guarigioni. Si procedette 27 volte alla tracheotomia secondaria; ma, solo due volte i risultamenti furono favorevoli. L'Autore credette raccomandare l'intubazione efficacemente, in quei soli casi in cui l'affezione cruposa è limitata al laringe, nè vi sono pericoli di ulteriore diffusione specialmente ai pulmoni.

Ranke (*Münch. Mediz. Wochenschrift 1891*) ha riunito parecchi gruppi di statistiche ed ha ricavato delle cifre non molto differenti da quelle del Iakubowski.

Prescott e Goldthwaith (*Boston Med. surg. Journ. 1891*) riferiscono intorno a 392 casi di intubazione e 139 casi di tracheotomia, i quali ultimi dividonsi in 82 primari, 36 dopo completa intubazione e 21 dopo intubazione tentata. Degli intubati morirono 80 %; dei tracheotomizzati circa 88, 5 %. Gli autori vennero alla conclusione: che nel trattamento di processi difterici del laringe, si hanno quasi eguali risultamenti, dalla tracheotomia e dalla intubazione.

Secondo Mayer (*München. Mediz. Wochenschr. 1892*) dal 1874 al 1892, furono eseguite, in Furth, 316 tracheotomie; guarirono circa il 32, 5 %. Tra gli operati ne furono 18 tra 1-1 ½ anno con 14 decessi.

Baiardi (*Rif. Med. 1892*) riferisce su 115 tracheotomie, 63 volte a causa di crup; 52 per crup complicato a difteria del faringe e delle coane. Le guarigioni rappresentarono il 42 % nel crup; ed il 34, 61 % nella difteria.

Krause raccoglie 200 casi di tracheotomie da crup, di cui il 49 % guarirono. Dal totale bisogna calcolare 112 casi di crup, puro e semplice, di cui si ebbe il 56, 25 % di guarigioni. Le migliori garanzie furono offerte da un'età tra 4-5 anni. Al disopra di questa età, esistono secondo gli autori, ben rarissimi casi di operazione grave.

Schlatter (*Correspondbl. f. schweiz. Arzt. 1892*) si occupa di un complessivo di 510 casi, di cui si perdette il 51 %. La maggioranza dei pazienti trovavasi al 3° anno di vita. Di 408 tracheotomizzati moriva circa il 61 %, dunque si aveva il 39 % di guarigioni.

Da tanti esempi restava dimostrato, che il metodo sovrano per la cura delle stenosi laringee, é appunto la tracheotomia; la quale è la sola che possa darci da combattere contro l'edema della glottide, e contro le stenosi a sede profonda nelle vie respiratorie, non dominabili con l'apparecchio da intubazione.

Habs ha avuto da studiare 572 tracheotomie (*Deutsch. Zeitsch. f. Chir. 1893*) quasi tutte eseguite in basso. La percentuale di guarigioni raggiunge il 44 ¾ p. 100. La massima mortalità fu rappresentata dai due primi anni di vita, e i decessi si verificarono di solito, entro i primi 5 giorni dell' operazione.

A bastanza più larga è la statistica di Baer (*Deuts. Zeitschr. fur. Chirurg. 1893*). Essa comprende un totale di 690 casi, di cui operati

con la tracheotomia o con l'intubazione eranvi 404; in ogni modo vi si rileva che l'intubazione ebbe la preferenza nell'ospedale infantile di Zurigo.

Maag ha raccomandato, sulla base di 106 casi, la tracheotomia inferiore, perchè più semplice, meno accompagnata da perdite sanguigne, più adatta ad un conveniente adattamento della cannula tracheale, e perchè si rischia meno di eseguire una laringotomia; d'altra parte lo allontanamento della cannula è più agevole.

Massei in base alla sua larga e sapiente esperienza, riferiva su di una statistica personale di tracheotomie, (il *Policlinico* n° 11, 1894), di cui 21 appartenenti a bambini con crup; 8 guarirono; 13 morirono. Praticò sempre la tracheotomia superiore, specie col processo rapido, secondo Saint-Germain. Il più piccolo degli operati aveva 18 mesi. Egli però ritiene sempre più indicata la intubazione, e crede che il segreto del successo chirurgico, debbasi trovare nell'intervento, non ritardato fino ad un periodo preagonico.

II. Questi brevi dati bibliografici, non riportai ad altro scopo che ad illuminare indirettamente il caso clinico che mi appartiene, degno a parer mio di menzione, perchè, malgrado una serie di condizioni congiuranti per l'insuccesso, e quindi compromettenti il chirurgo, cioè la tenera età del bimbo, e il suo stato gravissimo, tuttavia l'esito non avrebbe potuto esser migliore.

Il giorno 11 ottobre 1894 veniva presentato al Policlinico, il bambino Manti Sabatino, di mesi 12, da Siena. Da più giorni egli era sofferente alle vie respiratorie; ed ora, per l'insieme delle note rivelanti l'ansia respiratoria; la secrezione catarrale delle vie alte; i dati epidemiologici: la temperatura all'ora dell'entrata 38, 4; le respirazioni alquanto stertorose 31; polsi 90, fu ammesso un processo crupale. La decisa opposizione dei genitori, a quanto pare suggestionati contro l'atto operativo, ci fece limitare alle inalazioni di soluzione di benzoato sodico; acqua di calce internamente col nefogeno; pronti del resto ad intervenire.

Dalla mattina fino alle 3 pm. il peggioramento era stato di una rapidità altrettanto grande quanto caratteristica. Talchè al mio giungere, gli stessi parenti reclamavano l'intervento chirurgico sul bambino, il quale respirava appena, con rientramento enorme dell'epigastrio e del giugolo, tutti essendo chiamati in ausilio i muscoli della respirazione.

Previe le cautele antisettiche, tralasciando la narcosi (anche perchè di narcosi carbonica, il piccolo paziente ne aveva in eccesso) operai col metodo classico, eseguendo la tracheotomia superiore. L'operazione, dal taglio della pelle alla collocazione della cannula tracheale, pur non tralasciando l'accurata emostasia, durò pochi istanti, talchè io potetti subito, e meccanicamente con le penne, e indirettamente, eccitando i movimenti di espuizione, veder fuoriuscire dalla cannula una notevole

quantità di false membrane; mentre l'aspetto cianotico, e l'algidismo non insignificante degli arti, andavano scomparendo.

Feci continuare nell'uso delle nebulizzazioni anzidette, oltre all'esecuzione di qualche clistere antisettico. Dopo qualche ora appena il paziente si riattaccava alla poppa materna, mostravasi tranquillo e si addormentava. Secreto tracheale copioso veniva fuori dalla cannula, cui facevo ripulire con penne intinte in acqua di calce. Alla sera si era a 38°6 di temperatura, 54 respirazioni; polso 150.

Nel corso della notte e nel giorno seguente si potè constatare notevole catarro bronchiale, onde furon fatti cataplasmi toracici di linseme.

Fino al 14 ottobre l'insieme si mantenne quale era; cioè sempre espulsione di secrezione fluida e brandelli di pseudo-membrane dalla cannula; polsi tra 160-180; respirazioni tra 40-60; temperatura non oltrepassante 38°.

Dal 15 al 18 ottobre il miglioramento fu notevolissimo, diminuì la secrezione tracheale; la tranquillità respiratoria e del polso era affatto subentrata: il piccino si nutriva oltre che di latte, di cordiali. Codesto stato di cose si prolungò così favorevolmente fino al 21, quando vedendo io compiuto il decimo giorno dall'operazione; la secrezione divenuta quasi insignificante; lo stato generale ottimo, la temperatura mai più oltrepassante il 37° grado, giudicai opportuno di provare a togliere la cannula. Infatti la respirazione ebbe a compiersi senza difficoltà per qualche ventina di minuti: se nonchè ritornando a presentarsi verso la ferita qualche denso zaffo di muco, parvemi opportuno riporre la cannula, affinchè il bambino, durante la notte, non avesse avuto a subire degli accessi asfittici.

La mattina del 22, il bambino era di nuovo preso da febbre, la quale nelle ore pomeridiane raggiungeva 39°2. Non vi erano localizzazioni pulmonari, non addominali rilevabili. Poichè la temperatura ad intervalli rasentava 40°, furono somministrati i sali di chinina per la via rettale; e poichè durante la notte era stato molto inquieto, con sussulti, l'assistente somministrò della santonina. Nessun effetto.

Dal 23-29 continuarono elevazioni termiche accentuatissime ed ipotermie, ad intervalli di un'ora all'altra. Però prevalentemente le elevazioni si avevano nelle ore pomeridiane. Intanto il 4 novembre feci passare il bambino dalle camere di isolamento nelle infermerie chirurgiche comuni. Ben presto vidi il notevole miglioramento delle condizioni locali e generali, la febbre già al giorno dopo era cessata, e il 7 tirai fuori la cannula, definitivamente, mentre la ferita cutanea cicatrizzava completamente in 4 giorni.

Il 12 novembre il piccino era rimandato dall'infermeria, perfettamente sano.

III. Come ogni medico il quale tenti di indagare i fenomeni nelle

loro sorgenti, mi son più volte dimandato il perchè del decorso un pò bizzarro postoperativo. Non dissimulo che qualche oscurità mi rimane tuttora. Avendo posto mente da una parte alle condizioni locali, ed al processo infettivo onde era preda l'organismo del piccino; dall'altra alle condizioni esterne, feci più considerazioni. Anzitutto mi son domandato se l'aumento rapidissimo della temperatura, il giorno dopo della momentanea rimozione della cannula, avesse un valore di accidentale coincidenza; oppure un nesso di causa ed effetto con la medesima. Non mi pare impossibile concepire che quel maltrattamento, per quanto lieve della superficie tracheale e della ferita, abbia potuto rimuovere uno strato plastico che forse garantiva le vie linfatiche di assorbimento, e render così facile la penetrazione di agenti pirogeni nel circolo, con le relative conseguenze termiche.

Ma vi ha dell'altro. La camera d'isolamento del bambino (secondo è costume in questo Ospedale) è contigua ad altre ove si raccolgono le più varie infezioni. Eravi infatti in quel tempo un focolaio di infezione eresipelatosa intensissimo, a qualche stanza poco lontana; e quivi venne poi ricoverata, in quell'elasso di tempo, una donna affetta da eresipela del capo e del tronco gravissima. Ragioni futili che non è il luogo di riferire mi impedirono di sottrarre presto, come avrei voluto, il mio infermo a codesto isolamento derisorio.

Vi fu dunque nel caso mio, il cui carattere clinico deponeva per una forma infettiva febbrile, — vi fu una reinfezione, od una nuova e distinta infezione, che poi rimase ibrida?

Crederei avventata una risposta decisiva.

Avevo già redatta questa parte della mia nota, e consegnata al chiarissimo prof. Massei, quando mi occorse di eseguire il 2 Decembre u. s. un' altra cricotracheotomia in persona della bambina Nannini Laurina di anni 3, da Siena, affetta da crup laringeo. Eseguì anche qui il processo classico, benchè con molta rapidità, e senza incidenti malgrado lo stadio abbastanza avanzato dalla stenosi. Poichè d' altra parte il collega signor dottor Borgiotti, aiuto della Clinica medica Generale si interessava ad arricchire la casistica delle iniezioni di siero antidifterico di Behring, gli cedetti, dietro sua richiesta la mia operata, la quale ora è guarita. Ma senza entrare nel merito del trattamento speciale onde si occuperà il collega suddetto, tengo a far rilevare che malgrado i fenomeni salienti crupali siano stati di certo influenzati beneficamente dalle iniezioni, pure, dopo ripetuti tentativi, non è ancora la bambina in grado di restar senza cannula, perchè ne sarebbe compromessa la respirazione; sono già 17 giorni dall'operazione. Giova notare il fenomeno.

Siena, 20 Decembre 1894.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

TISSIER dott. P. — *L'Ozena, sua unità, sue lesioni generatrici, sua cura.* (*l'Ozène—son unité—ses lésions génératrices—son traitement*).

Con questa memoria, che è estratta da un Trattato delle Malattie del Naso e dei Seni, di presente in preparazione, il dottor Tissier si propone di assegnare all'Ozena la sua unità patologica, le sue lesioni generatrici e la sua cura.

Innanzi tutto passa in rassegna le differenti opinioni emesse dagli autori sulla malattia: l'opinione di Follin e Duplay è benemerita d'avere insistito sulla necessità di scrutare lo stato delle fosse nasali e dei seni; le opinioni di Gottstein (catarro atrofico come esito ultimo di corizza infantile), di Michel (mucosità provenienti dal seno sfenoidale e dalle cellule etmoidali), di Ziem (intervento di un fermento speciale nella produzione del fetore), di Zaufal Hartmann e Calmettes (ristagno e fermentazione delle mucosità nelle fosse nasali anormalmente slargate), ed in fine quelle di E. Fraenkel, Herzog, Klamann, Thost, Hajek, Marano, Loewenberg ecc. hanno il merito di avvicinarsi per tanti lati alla sua teoria. Di fatti, col nome di *ozena*, egli intende « una malattia speciale, perfettamente caratterizzata: « prodotta da una causa univoca, rappresentata da uno o più microbi non « ancora perfettamente determinati, che si sviluppano dietro una lesione « anteriore del naso, di natura variabile e che colpisce il sistema etmoidale « (etmoide e seni), lesione generatrice che può scomparire ad un dato mo- « mento, lasciando quasi costantemente delle stimmate più o meno facili a « constatarsi e che bisogna sapere ricercare. Dal microbio causale dipende il « fetore speciale e fors'anche il processo atrofico, che invade la mucosa e lo « scheletro del naso. L'ozena è dunque (per l'A) una malattia e non un « sintoma; esso non è sinonimo di fetore, ma di un particolare fetore. Non « esistono perciò, a suo avviso, dei pseudo-ozeni, ma un solo ozena basato « su lesioni di natura diversa » (di cui parla in prosieguo).

Enumera, in seguito, i noti sintomi della malattia, cioè il fetore caratteristico e più pronunziato per l'accumulo delle croste nel naso e presso donne per lo stabilirsi della mestruazione, della gravidanza e pel ritorno delle regole (ozena periodico ecc.); la modificazione delle secrezioni a seconda dello stadio della malattia o l'intervento di una medicazione appropriata; i disturbi subbiettivi (anosmia, pervertimento del gusto, ostruzione nasale, epistassi, cefalalgia, vertigini, incontinenza d'urina, accessi di starnutazione, dissesti vasomotori e

trofici della pelle del naso); il ripercuotersi del male sulla salute generale (disturbi dell'alimentazione, della digestione, neurastenia, ipocondria); la *facies* degli ozenatosi che si avvicina spesso a quella degli scrofolosi; la conformazione del naso (naso schiacciato ed a sella, che l'A. considera, con Potiquet, come un arresto di sviluppo); in fine, il vario stato delle fosse nasali e delle mucose annesse o vicine (larghezza anormale delle fosse nasali, atrofia della mucosa nasale, estesa a quella dei seni, del retro-faringe ecc. con atrofia dello scheletro osseo dei cornetti, del setto ecc. e presenza delle croste).

Enumera pure le complicanze dell'ozena, le cui lesioni hanno tendenza ad invadere le mucose vicine, ad occasionare infezioni secondarie e disturbi a distanza, cioè: affezioni dei seni, del faringe, del laringe (ozena laringo-tracheale), della tromba e dell'orecchio medio, del canale nasale e dell'occhio, nonchè infezioni locali (erisipela), disturbi dello stomaco ecc.

Si ferma sui disturbi gastrici, inquantochè avendo praticato il lavaggio dello stomaco in tre infermi, a digiuno, con acqua bollita, si è potuto convincere che le croste nasali penetrate nello stomaco erano responsabili dei disturbi accusati. E si ferma ancora sulle complicanze da parte del sistema etmoidale e dei seni, perchè alcuni autori (Vieussens, Reiniger, Blandin, Velpeau, Michel, Goodwillie, Schaeffer, Ziem, Guye, Grünwald ec.) hanno cercato in esse la causa od una delle cause dell'ozena, mentre egli ammette che le lesioni dei seni nell'ozena restano, clinicamente, per lo più latenti, o per lo meno permettono di riferire ad esse alcuni sintomi (dolore alla radice del naso, cefalalgia frontale e nevralgia sopraorbitale ecc.).

Passa a parlare, poi, delle lesioni anatomiche, e specialmente di quelle istologiche della mucosa constatate dagli autori (Gottstein, Hartmann, Krause, Fraenkel, Zuckerkandl) alle rare autopsie di soggetti ozenatosi, lesioni che possono riassumersi così: metaplasia dell'epitelio cilindrico in epitelio pavimentoso, stratificato e corneificato alla supercie; infiltrazione delle glandole mucipare (le quali già sono in parte scomparse), infiltrazione che termina con la degenerazione grassa, la quale progredisce dagli sbocchi verso gli acini glandolari; lesioni congiuntivali del *corion* mucoso, secondarie alle alterazioni delle glandole, e consistenti in infiltrazione embrionaria analoga a quella delle glandole, e più tardi in degenerazione fibrosa, densa, poco vascolare, completamente organizzata della mucosa (l'atrofia va fino alla scomparsa del tessuto cavernoso ecc.); lesioni di osteite, con tendenza al riassorbimento e alla formazione di lacune di Howship, a livello dello scheletro osseo dei cornetti (Krause, Habermann); lesioni analoghe estese al retrofaringe (Krause, Chuchart). Ma, si domanda, qual'è la lesione fondamentale? In proposito nota la mancanza di accordo. Egli, che ha potuto, in un ammalato, esaminare dei frammenti di mucosa provenienti da punti inegualmente affetti, si è convinto che a principio, mentre le lesioni epiteliali sono poche spiccate, è evidente l'infiltrazione embrionale dello strato sotto-epiteliale, la quale si approfonda intorno a diversi acini e tubi glandolari. Le cellule rotonde e certi elementi fissi della mucosa vanno così ad atrofizzarsi, le glandole degenerate scompaiono e la mucosa si trasforma in tessuto fibroso a cominciare dalle parti superficiali. Sicchè l'A. considera il processo anatomico dell'ozena come l'espressione d'un agente morboso

venuto dal'a superficie e che attacca dapprima l'epitelio di rivestimento, poi le glandole e secondariamente lo stroma della mucosa.

Si domanda, poi, quali sono le lesioni dei seni? A sentire la maggioranza degli autori, egli dice, sono delle più variabili e meno costanti: quando esistono, si tratta di una complicanza o semplicemente di una propagazione delle lesioni della mucosa nasale. Per l'A. invece, queste conclusioni sono assolutamente false. Egli non può portare all'appoggio che degli argomenti tratti dall'esame diretto praticato, *in vita*, con lo stiletto. Ritorna sui dati storici secondo i quali è stata considerata la suppurazione dei seni come una causa dell'ozena, e conchiude che i fatti del genere pubblicati sono assai rari ed ancora discutibili, e che nessuno ha ancora cercato, come lui, di trarre un concetto concreto dall'insieme delle nozioni.

Non è in una lesione, sita in un punto delle fosse nasali o delle cavità annesse, che l'A. trova l'origine dell'ozena. Egli ha stabilito altrove, che il naso è la riunione di due sistemi, ed ha dimostrato la indipendenza di quello che ha chiamato *sistema etmoidale*. La necessità del concetto nuovo di questo sistema (che comprende le cellule etmoidali e le para-etmoidali, i cornetti medio e superiore, i seni mascellare, frontale e sfenoidale) è per lui non solamente giustificata da ragioni embriologiche e anatomiche, ma l'individualizzazione del sistema etmoidale è ancora più evidente allorchè è considerato dal punto di vista patologico, massime dell'ozena. Per convincersene, egli dice, bisogna esaminare principalmente i casi d'ozena a principio di malattia od al periodo di stato. In questo momento *si troverà sempre, se si ricerca sulla guida dello stiletto, una lesione più o meno limitata, interessante, in una delle sue parti, il sistema etmoidale.* Allorchè avviene la guarigione, non restano che poche tracce: si constata solamente l'atrofia delle cellule (Zuckerkandl). Dopo le cellule etmoidali, lo stesso processo può trovarsi a livello del seno sfenoidale (Hartmann), ovvero più raramente a livello del cornetto medio e del seno mascellare ed eccezionalmente a livello del seno frontale: in un certo numero di casi, solamente, diverse parti del sistema etmoidale sono nel contempo interessate.

L'A. sa bene che a questa teoria gli si opporranno numerosi argomenti, in apparenza decisivi. Si pretende affermare l'assenza di lesioni nell'ozena: prima in base alle ricerche anatomiche di Zuckerkandl, Fraenkel, Habermann, Schuchart, ma esse sono poche ed incomplete e riguardano casi di ozena antico o di già guarito, ovvero fatti di ozena secondario; secondo, in base alla clinica, che lascia osservare integrità del naso e dei seni; ma in clinica, egli soggiunge, non si vedono tutti i giorni dei fatti passati fin'allora inosservati, perchè l'attenzione non era stata prima attirata su di essi? Un primo errore, secondo l'A. dipende da che *non è facile rendersi conto dello stato delle fosse nasali, e poi dal perchè la lesione è per lo più limitata, si nasconde all'occhio anche dopo un completo allontanamento delle croste, e la si deve ricercare mercè l'esplorazione con lo stiletto, spesso ripetuta, massime a principio di malattia.*

L'A. viene a sostenere così la sua teoria (e qui sta il nodo della quistione) ed aggiunge che la basa su 50 casi di ozena da lui osservati (che crede inutile riferire), nei quali, salvo una sola volta, la ricerca con lo stiletto è stata positiva, cioè ha fatto rinvenire lesioni delle cellule etmoidali, frequentemente

localizzate al gruppo posteriore e progredienti da dietro in avanti; però una volta ha trovato il seno sfenoidale affetto, ma la bolla sfenoidale resecata conteneva pus; 5 volte il Seno sfenoidale era leso, 2 volte soltanto senza lesione concomitante delle cellule etmoidali; 1 volta la resezione dell' estremità anteriore del cornetto medio mostrò lesioni d' osteite purulenta con parti necrosate; in nessun caso ha visto il seno frontale affetto. Queste lesioni, egli insiste, si debbono ricercare, dopo ripetuto ed abbondante lavaggio, con lo stiletto portato a livello delle croste. Le quali se sono più abbondanti e si formano più presto fra cornetto medio ed anteriore, faranno pensare (salvo la punzione esploratrice) ad una lesione, sia del seno mascellare, sia della bolla etmoidale, sia dell' estremità anteriore del cornetto medio allora più voluminoso. Se le croste siedono sulla volta del naso e sul setto, senza estendersi verso il naso-faringe, si esamineranno le masse laterali e anteriori dell' etmoide, e se siedono sul recesso sfeno-etmoidale e sulla mucosa naso-faringea, si porterà l'esame sul seno sfenoidale e sulle cellule etmoidali posteriori. Lo stiletto arriva facilmente, con poco dolore e scarsa emorragia, nella cavità dei seni o delle cellule; ne può risultare uno scolo di pus fetido, o più spesso si ha la sensazione di un osso denudato, rammollito, cariato. Ad una fase inoltrata della malattia la lesione può essere guarita, ed è allora che si trovano, come stimmate, l'atrofia delle cellule etmoidali (notate da Zuckerkandl) ed altre modificazioni del sistema etmoidale.

L'A., in base di quanto precede, passa a stabilire la patogenesi dell'ozena. In proposito dice che la nozione delle lesioni del sistema etmoidale non basta a spiegare gli elementi costitutivi dell' ozena, ma bisogna sapere l'origine delle secrezioni, le cause del loro ristagno e della fermentazione speciale che produce il fetore, ed il perchè dell'atrofia. — Le secrezioni provengono dai punti lesi; il loro ristagno è dovuto alla sede originaria delle lesioni nelle cellule o seni del sistema etmoidale,talvolta all'accollamento del cornetto medio al setto, quasi sempre al carattere fisico-chimico delle secrezioni, alla diminuzione della sensibilità della mucosa nasale, e tal'altra alla presenza di vegetazioni adenoidi ecc; la fermentazione putrida è d'importanza secondaria ed è dovuta ai microbi saprogeni, appartenenti ad una o più specie identificabile o non, e che si può supporre agiscano per l'intermediario d'un fermento chimico; l'atrofia è anche un fatto secondario ed è dovuto alla sclerosi epiteliale, la quale è l'espressione d'una lesione irritativa e degenerativa con punto di partenza dalla superficie di rivestimento o glandolare: questa irritazione si può supporre che sia provocata dai microbi,ma una reale influenza la spiega il passato morboso degli ozenatosi, ricercato e trovato dall'A. (sifilide, rinite blenorragica o non dei neonati, rinite purulenta subacuta dei bambini e degli adolescenti). L'atrofia, la deformazione del naso e l'ozena non sono, alla fine, che il reliquato d'una rinite anteriore, a durata generalmente lunga: la deformazione è secondaria, perchè essa non si produce che quando il processo guadagna la profondità e sopratutto al momento dello sviluppo dello scheletro normale, e farà quindi difetto nell'adulto, nel quale altre cause possono produrre l'abbassamento dello scheletro osseo (p. es. la sifilide).

A proposito dell'etiologia dell'ozena, rileva l'influenza dell' età, del sesso, ed insiste sui processi che possono originariamente colpire la mucosa nasale e

quindi il sistema etmoidale; rileva pure la parte che nell'origine dell'ozena spiega la scrofola, la tubercolosi, la sifilide, non che l'eredità e il contagio.

Forme cliniche-decorso-diagnosi. — Ritiene le forme cliniche poco numerose. Il disaccordo degli autori sull'esistenza d'uno stadio ipertrofico nell'ozena è dovuto, secondo lui, primieramente ad una questione di parole: bisogna intendersi su ciò che chiamasi rinite ipertrofica. Egli ha stabilito altrove, grazie all'istologia patologica, che bisognava cancellare dal quadro delle riniti con tumefazione della mucosa una forma iperplasica, i cui caratteri la fanno avvicinare ai polipi mucosi (mixangiomatosi diffusa). È evidente poi che esiste ordinariamente, a principio dell'ozena, una fase distinta con tumefazione della mucosa, alla quale fase subbentra l'atrofia, prima parziale, limitata alle parti posteriori, poi diffusa e generalizzata. Esistono pure le forme senza atrofia ecc., prescindendo da alcune varietà (ozena relativo, unilaterale, retro-nasale).

A proposito del decorso lento e continuo dell'ozena, l'A. aggiunge che la malattia abbandonata a se stessa tende più tardi a finire con una semi-guarigione, però la completa guarigione spontanea è assolutamente rara. *Ogni ozena curato prima del periodo di atrofia generalizzata è curabile; durante questo periodo è ancora possibile far sparire il fetore, il sintoma cioè più penoso e più ribelle.*

In quanto alla *diagnosi*, l'A. crede che è impossibile disconoscere la malattia, dal momento che alle nozioni tratte dal fetore, dal carattere delle secrezioni, dallo stato della mucosa, dall'evoluzione della malattia, egli ha aggiunto la nozione nuova, più precisa della lesione generatriee. Pretende però sempre separare dall'ozena le suppurazioni fetide delle cavità etmoidali, i cui segni sono diversi, come è del tutto differente l'aspetto della mucosa. Ma i microbi patogeni possono, egli soggiunge, in queste condizioni attaccare la mucosa nasale e far realizzare l'ozena coi suoi sintomi subbiettivi ed obbiettivi. Pretende pure che si distingua il fetore dell'ozena da quello prodotto dalle ulcerazioni profonde e dai sequestri sifilitici; e cosi pure il fetore che s'osserva nella tubercolosi nasale, nel rinoscleroma e nella lepra, non che quello che accompagna la ritenzione di secrezione nei polipi nasali e corpi estranei.

La *cura* che prescrive l'A., s'ispira ai concetti patogenici anzidetti. La dirige prima contro la lesione generatrice, facendo uso del *curetage*; poi ricorre ai mezzi di lavaggio: irrigazioni, polverizzazioni, inalazioni, toccamenti ecc., per opporsi allo sviluppo dei microbi saprogeni, e quindi allo scopo: 1.° di sopprimere l'odore dell'ozena, 2.° di limitare ed arrestare la loro invasione nella mucosa e nelle sue glandole, ed impedire così le alterazioni dell'epitelio di rivestimento e glandulare. Infine, allorchè l'ozena è antico e l'atrofia è interamente costituita, cerca di ottenere dal *massaggio vibratorio* un certo ritorno della mucosa alla sua vitalità fisiologica.

Ecco il riassunto della memoria del dott. Tissier. Come si vede, l'Autore fa studio completo e coscienzioso di una fra le malattie nasali, che mentre è ben caratterizzata in apparenza, rimane tutt'ora una delle più oscure, allorchè si vuole indagarne la causa, la natura o il trattamento. Ma da questi punti di vista ci domandiamo, il lavoro del Tissier è riuscito allo scopo? Crediamo non completamente, visto e considerato, fra l'altro, che non sarebbe stato e non è tanto facile dirimere quistioni che occupano e preoccupano da lungo

tempo i rinologi. La sua teoria patogenetica dell'ozena, nell'insieme, pare splendida e lusinga non poco la logica, nel senso che la malattia, per i suoi caratteri costitutivi, ben potrebbe essere prodotta da lesioni non limitate soltanto alla mucosa delle fosse nasali, ma estese anche alle cellule etmoidali ed ai seni. Ma riflettendovi bene sopra e riunendo tutti i dati che ci fornisce l'A. in appoggio, essa ci pare ancora un pò astratta, o per lo meno non fondata sopra basi anatomo-patologiche e cliniche larghe e numerose. — E poi perchè egli non ci ha riferito la storia dei suoi 20 casi d'ozena? Se ciò avesse fatto, chi sa se i particolari di ciascun caso non sarebbero valsi ad aiutare la convinzione del lettore ad ammettere fra le altre teorie, anche quella dell'autore. Noi, allora, non saremmo rimasti molto lontani dal dividere le sue vedute, specialmente per certi casi di ozena; mentre al presente ci limitiamo a domandare fatti più ampii e prove più materiali in appoggio della sua tesi.

Dott. A. Trifiletti

SECRETAN dott. L. — *Il Rinoscleroma nella Svizzera.* *(Le Rhinosclérome en Suisse).*

Il contributo che porta l'egregio collega alla storia ed alla statistica del rinoscleroma è doppiamente importante, giacchè non solo l'osservazione avviene in Svizzera, dove finora il rinoscleroma non era stato descritto che una sola volta, ma anche perchè i due casi personali dell'autore riflettono due fratelli, di cui il secondo fu invaso dal morbo molto tempo dopo, e quando già aveva vissuto parecchio col primo, fino a dormire nello stesso letto. Questo fatto, di cui un riscontro simile troviamo nell'osservazione di Robertson, nella quale il rinescleroma aveva colpito due sorelle, deve richiamare la nostra attenzione, perchè potrebbe benissimo autorizzarci a pensare alla natura *contagiosa* della malattia in quistione, una volta che la sua natura *infettiva* è unanimamente accettata, trovandosi il caratteristico bacillo di v. Fritsch, come è stato dimostrato anche in questi due casi di Secretan istologicamente e batteriologicamente dal prof. Stilling. Quanto alla forma clinica, v'è anche somiglianza, massime per le lesioni che hanno colpito il laringe, ed oramai noi possiamo, con certo fondamento, pensare che nei casi di così detta *cordite ipertrofica inferiore* e *blenorrea di* Störk, trattisi appunto di *rinoscleroma.* L'autore termina il suo lavoro colle seguenti conclusioni:

Il *rinoscleroma* della mucosa respiratoria s'incontra, sebbene raramente, nella Svizzera.

La parte del paese, dove è stato osservato, è l'alta valle delle Alpi di *Valais*, clima molto secco.

Non è stato possibile scovrire le condizioni speciali che hanno dato luogo a questo morbo.

La presenza del bacillo caratteristico di Fritsch è stato costatato nei suoi casi.

L'origine microbica può bene spiegare il fatto che due fratelli siano presi l'un dopo l'altro.

La forma osservata in Isvizzera è quella diffusa, a noduli scleromatosi, con preponderanza di restringimento sotto-glottico.

Il trattamento è stato di due specie: estirpazione dei nuclei voluminosi e dilatazione coi tubi di Schrötter.

Questo trattamento ha portato un miglioramento considerevole.

DAMIENO

CIPRIANI dott. F. — *La Galvano-caustica nelle malattie delle tonsille in generale.*

L'A. comincia dal delineare a brevi tratti la storia della galvano-caustica nella sua applicazione in Medicina, per giungere poi al medico tedesco Middeldorpf (20 maggio 1853), cui veramente spetta il merito di aver introdotto nella pratica questo novello mezzo e metodo di cura.

E cronologicamente continuando, ricorda i nomi di altri medici che mano, mano introdussero la galvano-caustica in chirurgia, in ginecologia, in otojatria, in laringologia, affermando anche come questo novello metodo sia divenuto un patrimonio di tutti i pratici.

Parla dell'azione e dei vantaggi del galvano-cauterio, della galvano-caustica nelle malattie delle tonsille in generale, e riferisce la sua statistica di 150 casi curati col galvano-cauterio, dei quali 46 presentavano la forma ipertrofica, e 104 casi, facili recidive ad infiammazioni tonsillari.

Accenna al metodo da lui adoperato e che consiglia di seguire, ed ai vantaggi della galvana-caustica sulla tonsillotomia.

Un argomento, com'è questo, trattato negli angusti limiti di sole 8 pagine, non può avere e non ha un grande svolgimento, nè può quindi essere che un breve sommario.

Tuttavia sará sempre un lavoretto utile agli studiosi.

BORGONI

RAUGÉ dott. P. — *Sulla chirurgia del seno mascellare ed i suoi progressi da un decennio.* (*Sur la chirurgie du sinus maxillaire et ses progrès depuis dix ans*).

È una comunicazione fatta al Congresso di Chirurgia, Sessione di Lione, 9 ottobre 1894. L'Autore ferma la sua attenzione su quella forma del tutto moderna di ascesso intramascellare che si appalesa clinicamente per il solo fenomeno del pus nelle fosse nasali e la cui conoscenza è ligata ai progressi della rinoscopia, e la mette in raffronto con l'altra forma dai sintomi apparenti e visibili, la sola conosciuta avanti l'impiego della rinoscopia, cioè l'empiema dell'antro d'Highmoro.

Le due malattie non sono che forme o gradi di una medesima affezione, alle quali l'A. dà, relativamente ai loro sintomi, il nome di *empiema chiuso* (secondo altri latente) e di *empiema aperto;* ma la prima è la più difficile a riconoscersi, la sua diagnosi, cioè, deve poggiare non solo sull'apprezzamento di certi segni alquanto infedeli, che lo fanno differenziare dalle rinorree volgari (unilateralità, intermittenza, fetidità, sede nel meato medio), ma principalmente sulla presenza di pus nel meato stesso, constatabile sia per mezzo dell'illuminazione per trasparenza, secondo il processo di Heryng, sia riti-

rando dal seno il pus a mezzo del cateterismo eseguito per l'orificio naturale, o della punzione per il meato inferiore o per il bordo alveolare.

In fine, l'A. constata che in mezzo alle innumerevoli varietà di processi operatorii antichi, la cura degli ascessi del seno mascellare non ha progredito tanto, quanto la loro patogenesi e la loro diagnosi. Fra la trapanazione ed il lavaggio per l'orificio naturale, quest'ultimo sembra guadagnar terreno a misura che la tecnica intranasale si perfeziona; ma come trapanazione, la punzione per l'alveolo d'un molare raccoglie sempre più favore.

Dott. A. Trifiletti

CHIARI prof. O. — *Sui linfosarcomi delle fauci.*
(Ueber Lymphosarkome des Rachens).

I linfosarcomi delle fauci meritano di essere presi in speciale considerazione dai medici, perchè difficilmente diagnosticabili nelle loro forme iniziali, e perchè nel loro decorso presentano fenomeni del tutto insoliti. D'altro lato, essendo essi tumori di indole maligna, importa moltissimo che la diagnosi venga fatta per tempo. Sventuratamente, finora, malgrado parecchie pubblicazioni negli ultimi tempi, su tale riguardo, date a luce da Mikulicz, Kundrat, Lennox-Browne, Villar, Johnson, Mac-Coy, Mackenzie, Stewart, Wocher ed altri, ben poco è noto di preciso sulla sindrome fenomenica, sul decorso e sulla diagnosi di questa rara affezione. L'autore, avendone osservato negli ultimi tempi due casi, ed avendo praticato anche accurate ricerche istologiche, ha potuto projettare un poco più di luce sopra alcuni punti oscuri di questo capitolo della nostra specialità, e quindi ampliare le nostre nozioni sul proposito, e darci relativamente una idea più chiara di questi tumori che son tanto fatali a chi n'è colpito.

Ond'è che stimiamo opportuno, nell'interesse dei nostri lettori, di riassumere nei tratti fondamentali i risultati a cui il Chiari è pervenuto.

Il linfosarcoma delle fauci, o, come Kundrat più razionalmente si esprime, la linfosarcomotosi delle fauci, è un affezione rara, e per lo più presentasi in individui nell'età media della vita. Nulla ci è noto sulla vera etiologia. Spesso precedette la sifilide; ma, non pare che questa sia stata la causa efficiente. Secondo Kundrat, molto di rado la tubercolosi si riscontra contemporaneamente alla linfosarcomatosi.

Il primo inizio della malattia notasi sopra una tonsilla, oppure sui follicoli e sulla sostanza adenoide della mucosa della faringe, del cavo naso-faringeo o del palato molle. In fine, anche le glandole linfatiche del collo (per lo più da un lato) possono ammalare per le prime, e da esse il tumore si avanza, in forma di propaggini, verso la faringe, diminuendone il lume, o addirittura perforandola.

La prima forma in cui il linfosarcoma si manifesta nelle fauci può essere quella di un grosso neoplasma, che per lo più suole avere punto di partenza da una tonsilla, e l'ingrossa. Se un tale tumore (che può avere una grande analogia con una tonsilla ingrossata per semplice flogosi) è superficiale, è possibile che venga scambiato con una ulcerazione difterica, specie se l'ulcerazione, come di solito accade, ha un denso intonaco (Schnitzler, Sedziak, Hallopeau). Oppure si formano anzitutto piccole infiltrazioni fittamente sti-

vate in una zona della mucosa, le quali rapidamente si ulcerano. E poichè qualche volta gl'infermi soltanto allora incominciano ad avvertire dolori nella gola e si presentano dal medico, questo si trova di fronte ad una ulcerazione con denso intonaco e con margini alquanto inspessiti. Se per caso precedette la sifilide, è facilissimo un errore diagnostico.

In fine, qualche volta, pare che il primo sintomo sia costituito da un tumore nel cavo naso-faringeo, giacchè l'attenzione dell'infermo sulla malattia è richiamata dall'ostruzione di una metà del naso. Per tutt'altro, i primi sintomi subbiettivi sono: disturbi della deglutizione, dolori nella faringe o nelle orecchie, oppure sensazione di un corpo estraneo nella gola.

Secondo Pollard, Wolfenden e Sedziak, in alcuni rari casi la estirpazione di un linfosarcoma circoscritto della tonsilla è coronato da un successo duraturo. Però nulla di assolutamente preciso si può dire su tale proposito.

Ma, ordinariamente il processo si avanza oltre, anche quando — come p. es. nel caso di Holger Mygind — dopo l'estirpazione di una tonsilla ammala l'altra, che viene, alla sua volta, attaccata. Più tardi, sopravvenne una recidiva, la quale si diffuse su tutta la faringe, e condusse all'esito letale.

Il decorso per lo più è il seguente:

Il tumore (o l'agglomeramento di piccoli tumoretti) subisce l'ulcerazione, e può verificarsi pensino l'icorizzazione. Le ulcerazioni, che ne conseguono possono guarire completamente od in parte, e possono anche formarsi cicatrici profonde. Ma ben presso sul margine delle ulcerazioni si originano nuove infiltrazioni (le quali hanno un colore giallastro, una consistenza midollare), oppure ispessimenti diffusi, per es. degli archi pulatini. In siffatto modo vengono colpite anche sezioni limitrofe della mucosa, ed il processo si espande allora in superficie.

Qualche volta, come per es. in un caso osservato dall'A., l'ulcerazione si accompagna a febbre, che insorge in forma periodica.

In fine, qualche volta può anche verificarsi una involuzione di grossi tumori oppure di infiltrazioni piane, senza che abbia luogo suppurazione od icorizzazione, come per es. in un caso di Eisenmmenger e nei casi dell'A. Talfiata, ciò è prodotto dalla cura arsenicale (Sedziak ed Adler) per lungo tempo. Ma, d'ordinario questa involuzione non è duratura, giacchè sopravvengono nuove infiltrazioni. L'affezione si diffonde per contiguità nel tessuto sottomucoso, oppure per infezione delle limitrofe glandole linfatiche, o per metastasi, ecc. Non sono molto rari i casi in cui essa perviene nell'orbita, donde, per la fissura orbitale, guadagna la cavità cranica; mentre altre volte giunge allo stesso sito battendo la via dell'osso basilare. Ivi comprime il cervello, e non di rado ne sostituisce ampie zone; altre volte invade l'antro di Highmoro, e non di rado perviene fino alla laringe comprimendola, oppure attaccandola direttamente. In ultimo si hanno metastasi per la via dei linfatici, giacchè i linfosarcomi — e questo è un fatto degno di nota—risparmiano i vasi sanguigni (Kundrat). In ultimo, si ha l'esito letale più frequentemente per inanizione; però, la causa può essere anche costituita da affezioni cerebrali (apoplessia), soffocazione (Schnitzler, Holger Mygind), piemia (Kilham, Chiari). La durata della malattia varia secondo la rapidità con cui il processo si diffonde. Qualche volta ascende

soltanto ad alcuni mesi, ordinariamente a pressochè un anno, in alcuni rari casi al di là di un anno.

La diagnosi, soprattutto al principio, spesso è difficilissima. I grossi tumori della tonsilla possono essere riguardati come ipertrofia flogistica (Hunter, Mackenzie), come neoplasmi fibrosi (Hallopeau). Ed è accaduto persino che quando presentavano ulcerazione superficiale o profonda, furono scambiati con la difterite, con la sifilide, o con la tonsillite ulcerosa. Però, quando è avvenuta ulcerazione delle infiltrazioni superficiali, esse, a causa del loro margine ispessito e del loro denso intonaco, rassomigliano molto alle ulcerazioni sifilitiche, specie allorchè sono circoscritte alla parete faringea posteriore. Ma, quando il tumore ha già raggiunto un grosso volume, la diagnosi è più facile. — Va da sè che in tutti i casi l'anamnesi, lo esame accurato dei polmoni, ed eventualmente dello sputo, l'osservazione esatta del decorso con le sue peculiari fasi (talvolta periodiche) della guarigione e della recidiva, l'inefficacia della cura antisifilitica, e finalmente l'esame istologico di particelle asportate dal margine dell'ulcerazione, forniscono i dati più sicuri. E, su tale riguardo, è a notare, che bisogna estirpare un pezzo che compendî, per così dire, tutti gli strati del neoplasma, altrimenti potrebbe di nuovo verificarsi ciò chè accadde a Luc, il quale in un caso trovò nello strato superficiale di un tumore tonsillare soltanto tessuto normale, mentre più tardi, in un brano asportato dalle parti più profonde, riscontrò un sarcoma fusicellulare.

In quanto alla diagnosi differenziale tra i sarcomi ed i carcinomi, essa è facile quando si abbia la precauzione di utilizzare l'esame istologico del tumore.

Per ciò che concerne la diagnosi differenziale con la leucemia e la pseudoleucemia, è noto che queste due affezioni si distinguono in quanto che in esse vengono impegnate tutte le glandole linfatiche del corpo, nonchè la milza ed il fegato. Però, il Kundrat ha fatto rilevare espressamente che egli, in due casi di pseudoleucemia ed in uno di granuloma fungoide, osservò la linfosarcomatosi localizzata ad un gruppo glandolare.

La terapia è quasi del tutto impotente contro questo neoplasma. Però, sono noti dei casi in cui con l'estirpazione di tumori isolati (specialmente della tonsilla) si sarebbe avuta la guarigione (Cheever, Ledìard). Sventuratamente poichè questi casi furono tenuti sott'osservazione per un breve periodo di tempo, non si può dire se vi fu, o meno, recidiva. Ad ogni modo, nella maggior parte degl'infermi di linfosarcoma, questa è tanto frequente, che la maggioranza degli autori sconsiglia l'operazione radicale. Va da sè che essa è inattuabile allorchè il neoplasma è molto diffuso. Però, sono certamente indicate talune operazioni limitate per scongiurare il pericolo di soffocazione, oppure la impossibilità di deglutire. Inoltre, sono anche permesse piccole operazioni palliative — come per es. il raschiamento, la distruzione di piccole proliferazioni con la galvano caustica o con l'elettrolisi—quando esse possono apportare qualche alleviamento locale. In modo analogo agiscono talvolta le iniezioni di soluzioni di arsenico, di acido iperosmico, o di pioctanina. In fine, si può tentare anche l'uso interno dell'arsenico, il quale non nuoce mai, e talvolta dà pure qualche benefizio non spregevole.

(*Wiener klinische Wochenschrift*, 1894).

Onodi dott. A. — *I centri fonatori nel cervello.*
(Die Phonationscentren in Gehirn).

L'esistenza del centro corticale, segnalata dal Krause, fu constatata da Onodi al pari che da Semon-Horsley e dal Masini. L'asserzione di quest'ultimo, cioè che la stimolazione di un centro corticale con deboli correnti, determina un ravvicinamento della corda vocale del lato opposto, non potette essere constatata nè da Onodi, nè dal Semon. L'estirpazione di un centro corticale non produsse alcuna modificazione nè nella fonazione, nè nei movimenti delle corde vocali. Estirpando amendue i centri, il risultato è parimenti negativo. Dopo recisione della corona raggiata da amendue i lati, e quindi dopo sezione delle fibre fra i centri corticali ed i grossi gangli, non costatò nell'animale alcun cangiamento relativo alla fonazione od ai movimenti delle corde vocali. Dopo recisione trasversale della midolla al di sopra dei nuclei del vago, si ha repentina perdita della voce; la glottide è beante, le corde vocali non possono muoversi in dentro, e nelle inspirazioni profonde deviano in fuori. Lo stesso risultato si ha recidendo i corpi quadrigemini alla loro base. Fu distrutta pure, in amendue i lati, la zona dei talami ottici, ed il risultato fu negativo: la fonazione persistette. Dopo questi esperimenti riuscì all'Autore di staccare i corpi quadrigemini da tutto il tronco cerebrale, e con ciò separare i talami ottici dai corpi quadrigemini. Dopo questo esperimento, l'animale cacciava gemiti dolorosi e suoni rumorosi; le corde vocali si adducevano ed abducevano.

Inoltre, riuscì ad Onodi di disgiungere i corpi quadrigemini anteriori da quelli posteriori, ed anche allora la fonazione persistette.

La recisione trasversale della midolla, al di sopra dei nuclei del vago, ha dato ripetutamente il già cennato risultato, cioè perdita della fonazione e dell'adduzione, e persistenza dell'abduzione delle corde vocali, sicchè gli è riuscito dl scovrire un campo, la conservazione del quale rende ancora possibile la fonazione e l'adduzione, e che insieme ai corpi quadrigemini posteriori sulla porzione più alta del quarto ventricolo ascende ad 8 mm.

La linea limitante superiore di questa zona è costituita dal solco trasversale, che separa i corpi quadrigemini anteriori da quelli posteriori; la linea limitante inferiore è un piano trasversale, che decorre da questo solco in giù e posteriormente per 8 mm. La integrità di questa zona rende possibili la fonazione e l'adduzione, benchè al di sopra di essa sia interrotto ogni nesso col cervello e con i gangli cerebrali. Viceversa, la fonazione e l'adduzione cessano quando è interrotto in giù il nesso di questa zona. In quest'ultimo caso, i movimenti di abduzione delle corde vocali insorgono per la funzione autoctona dei nuclei del vago. Alle ulteriori ricerche, già iniziate, è affidato il cómpito di accertare in quale rapporto il centro corticale ed il centro rinvenuto da Onodi stanno fra di loro, rispetto al dominio dei nuclei del vago, come pure in quale disposizione e dove decorrono le fibre nervose da questi centri, finchè pervengono alla porzione inferiore del midollo allungato. Onodi ha eseguito due esperimenti nella Sezione Laringologica e Fisiologica. In un cane estirpò, in amendue i lati, il centro corticale. La fonazione non si mostrò punto alterata. L'autopsia fece rilevare la completa distru-

zione dei centri corticali. — Nel secondo cane, attraverso un'apertura praticata con la trapanazione, fu reciso trasversalmente il corpo quadrigemino dal tronco cerebrale e dal dominio dei talami ottici. La fonazione rimase inalterata.

L'autopsia dimostrò che la cennata zona era recisa trasversalmente.

ONODI dott. A. — *Rapporto dell' accessorio relativamente alla innervazione laringea. (Das Verhältniss des Accessorius zur Kehlkopfinnervation).*

Le lacerazioni dell'accessorio al collo, praticate molte volte sui cani, non produssero alcuna modificazione nei movimenti delle corde vocali. Sui conigli ed i cani furono strappati gli accessori nella cavità cranica, dal forame giugulare, e neppure si produsse un qualche cangiamento nei movimenti delle corde vocali.

L'autopsia confermò la estirpazione completa dell'accessorio. La recisione, nonchè la stimolazione elettrica dell'accessorio spinale, diedero parimenti un risultato negativo. I rispettivi esperimenti, eseguiti in diverso senso, condussero tutti allo stesso risultato, cioè che gli accessorii non partecipano alla innervazione dei muscoli laringei, nè influiscono sui movimenti delle corde vocali. Codesti risultati sperimentali sono confermati sia dalla maggior parte delle indicazioni esistenti nella Letteratura, sia dalle recenti ricerche, le quali dimostrano la insostenbiilità della ipotesi che l'accessorio agisca sui muscoli della faringe e del cuore, sia in fine, dal fatto che le osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche finora non hanno potuto mettere in chiaro tale quistione.

SCHEIER dott. MAX — *Sulle fratture della Laringe. (Ueber Kehlkopfracturen).*

Consultando la Letteratura finora esistente sulle fratture laringee, si dovrebbe ammettere che esse appartengano alle lesioni violente più rare, e nel tempo stesso più pericolose. Già Morgagni ne tenne parola, affermando di avere qualche volta osservato fratture laringee sempre in persone avanzate negli anni. Malgaigne, nel suo «Trattato delle fratture e Lussazioni» dedicò alle fratture laringee un capitolo speciale. Nel 1855 Koeller, fondandosi sopra numerose ricerche sperimentali sul cadavere, fece alcune comunicazioni sul modo come si producono queste fratture sotto le più svariate influenze traumatiche. A Gurlt, però, si debbono le nozioni più esatte che finora posseggonsi sul proposito. Oggi (prescindendo dalle numerose osservazioni fatte sugli appiccati) pare che nella Letteratura sieno registrati, in tutto, 95 casi di fratture laringee esattamente osservate.

Tuttavia, non è a tacere, che, secondo il parere di Arbuth Lane, le fratture della laringe non sarebbero così rare come generalmente si crede. In fatti, egli esaminando cento cadaveri nella sala anatomica del *Guy's Hospital,* constatò che la proporzione percentuale delle fratture della laringe e dell'osso joide, nella classe sociale da cui si recluta il materiale anatomico di quest'ospedale, ascende, per lo meno, al 9 o|o. Però, su tale riguardo è a rilevare che dei nove casi menzionati dal Lane, si debbono detrarne due, che concernevano fratture dell'osso joide. Nei rimanenti sette casi si è trattato,

per lo più, di lesioni violente dei corni superiori della cartilagine tiroide. Codesto reperto collima ottimamente con i risultamenti delle ricerche sperimentali istituite dall' A. sui cadaveri, giacchè, nella maggior parte dei casi, gli riuscì, con uno sforzo minimo, di fratturare il corno superiore dell'osso joide. È probabilissimo che, specialmente queste fratture, possano passare inosservate durante la vita, perchè cagionano sintomi molto lievi. Ed è altresì degno di nota, che le fratture riscontrate dal Lane si rinvennero per lo più in operai, cioè in individui i quali, come Koehler ha fatto rilevare, non di rado, così nello scherzo come nell'ira, sogliono agguantarsi fortemente con la mano al collo.

L'A. avendo, non ha guari, osservato un caso di frattura della cartilagine cricoide e tiroide (prodotta in seguito ad una caduta da cavallo, battendo col mento a terra), la quale guarì in quattro settimane con la tracheotomia e la medicatura con garza jodoformica, ha compulsata e studiata tutta la rispettiva Letteratura esistente su tale riguardo, ed è pervenuto ad alcune conclusioni, degne di essere prese in considerazione.

Secondo Scheier, le fratture della laringe rarissimamente sono dovute ad arma a fuoco. Per lo più sono cagionate da pugni, percosse, passaggio di una vettura sul collo, calcio di cavallo, ecc. Talvolta, sono indirette, nel senso che sono cagionate da una caduta battendo fortemente col capo o col mento a terra (e allora per lo più avviene che vi concorre altresì il fatto, che nel momento del trauma l'individuo inclinò il capo in avanti, oppure calcò il mento fortemente sulla parte superiore dello sterno, il che certamente contribuì a comprimere fortemente la laringe).

Per comprendere bene il meccanismo con cui si producono le fratture della laringe, alcuni autori — Keiller, Helwig, Gurlt, Casper — eseguirono osservazioni sperimentali sui cadaveri; però i risultamenti a cui pervennero sono molto contraddittorii fra di loro. In fatti, mentre il Keiller, per es., afferma che tali fratture possono essere prodotte soltanto con una forte compressione esercitata da avanti in dietro, oppure con colpi violenti vibrati con un corpo pesante sulla laringe, e che il fattore essenziale è costituito dalla ossificazione o meno delle cartilagini laringee; ed Helwig trovò che sul cadavere dell'adulto era possibile fratturare la laringe, e soprattutto l'osso joide; il Casper dichiarò recisamente che ciò era impossibile, e che a lui non era riuscito mai, neppure esercitando una compressione fortissima. Nell'intento di risolvere tale questione, l'A. ha praticato molte ricerche sperimentali, nelle quali fece agire soprattutto le due specie di traumi, che sono ritenute come i fattori causali più frequenti nella produzione delle fratture laringee. In una serie di casi tentò di produrre fratture comprimendo la laringe lateralmente con le mani, ed in un'altra serie di casi percuotendo direttamente col pugno. I cadaveri venivano adagiati in modo, che mentre ad alcuni si applicava sotto la nuca un piccolo palo, in modo che il capo si arrovesciava in dietro, in altri questo veniva inclinato in avanti. Codesti esperimenti furono eseguiti sopra cadaveri di individui di diversa età (fra 19 ad 81 anno), senza alcuna scelta. Ad eccezione di un sol caso, gli riuscì sempre di produrre una frattura in qualche punto delle cartilagini laringee.

Nei casi della prima categoria (10), la compressione sulla laringe fu attuata nel modo che ora diremo: il pollice della mano destra veniva applicato so-

pra un lato della laringe, e le altre quattro dita sull' altro lato. Il risultato fu che: in cinque casi fu fratturato l' osso joide, in 6 la cartilagine tiroide, in 7 la cricoide. La mucosa laringea non fu mai lesa; però qualche volta si ebbe una leggiera lacerazione del legamento conico.—Nei casi della seconda categoria (6) la compressione veniva esercitata sulla laringe da avanti in dietro col pugno, per cui l'angolo della cartilagine tiroide veniva appiattito e ricalcato contro la colonna vertebrale, in quel che la porzione anteriore della cartilagine cricoide veniva piegata in dentro. Anche in questo secondo gruppo di casi, eccezione fatta di uno solo (cadavere di una donna di 60 anni, nel quale si verificò unicamente una fissura della cartilagine cricoide), si produssero fratture, ora dell'una, ora dell'altra cartilagine laringea.

Inoltre è a rilevare che in questi due gruppi di casi, le fratture presentavano differenze fra di loro, sicchè talvolta dal reperto anatomico si poteva anche desumere in qual modo aveva agito il trauma. Così, per es., nei casi del secondo gruppo la frattura della cartilagine tiroide non presentava un decorso così rettilineo come nella prima serie, ma decorreva sia nella linea mediana, sia di lato, e talfiata in forma di un S latina non molto curva. Ad ogni modo, l'A. fa notare che su tale riguardo ci vogliono ulteriori ricerche per poter formulare corollarii esatti.

Va da sè, che la fratturabilità delle cartilagine laringee dipende dallo stato della sostanza cartilaginea. Se la cartilagine è completamente elastica, come n'è il caso nei giovani, producesi tutt' al più fissura, come l'A. potette osservare su molti cadaveri di bambini; mentre una leggiera calcificazione od ossificazione favorisce la produzione della frattura.

Benchè in alcuni casi, registrati nella Letteratura, le fratture della laringe produssero una sindrome leggiera, e si verificò guarigione completa senza alcuna operazione; d' altro lato è certo che, in generale, codeste lesioni debbono essere riguardate come gravi e pericolosissime. Secondo Albert, circa l' 80 o|o ebbero esito letale. Fischer riferisce che, sopra 27 casi, in cui era fratturata soltanto la cartilagine tiroide, nove guarirono e gli altri morirono, mentre i casi in cui la cartilagine cricoide era lesa sola, o insieme alla cartilagine tiroide, terminarono tutti con la morte. Sicchè, in complesso, la prognosi delle fratture laringe è piuttosto infausta.

In quanto alla cura, Scheier si associa al parere di Hueter, il quale consiglia di eseguire subito la tracheotomia profilattica (tranne il caso in cui si potesse constatare con sicurezza che evvi una semplice fissura senza ectopia dei frammenti, e che l' infermo può essere tenuto continuamente sotto sorveglianza).

Se si è sicuri che soltanto la cartilagine tiroide è fratturata, si pratichi l'apertura nel ligamento conoide, giacchè da questo punto si possono meglio riporre in sito in frammenti spostati in dentro. Negli altri casi, in cui è lesa pure la cartilagine cricoide, si faccia l'incisione negli anelli tracheali superiori. Se non vi è alcuna ectopia, la cannula può essere allontanata dopo breve tempo, ed aversi guarigione completa. Ma, se vi sono frammenti spostati, si cerchi, dalla ferita della tracheotomia, di riporli in sito con una sonda olivare oppure con una pinza curva, e mantenerli fissati nella debita posizione con garza jodoformizzata, introdotta da sotto. — Per ovviare ad una stenosi della cavità laringea, è opportuno di non adoperare la cannula

tracheale semplice, sibbene quella di Dupuys che è a forma di T; una branca di essa perviene in sopra nella laringe, e l'altra in giù nella trachea. — Però, secondo Koenig, difficilmente si riesce con certezza a mantenere fissate le parti riposte in sito, per cui nella maggior parte dei casi le fratture guariscono con stenosi permanente della cavità laringea, e gl'infermi son costretti a portare la cannula vita durante. Sopra sei casi della casuistica di Gurlt, in cui fu eseguita la tracheotomia, si ebbe guarigione completa in uno solo. E secondo lo stesso Gurlt, i tentativi fatti più tardi, per rimuovere la stenosi con la dilatazione graduale, non sarebbero coronati da successo. Però, l'A. fa rilevare, che se queste manovre venissero iniziate a tempo, si potrebbero ottenere buoni risultamenti.

Ê indicato di adoperare l'intubazione, dopo la lesione violenta, soltanto nei casi in cui lo spostamento dei frammenti non è tanto grande da impedire l'introduzione del tubo. In caso opposto, si aumenterebbe lo spostamento, ed i frammenti staccati potrebbero essere spinti nella trachea.

Se il trattamento con la dilatazione riuscisse inefficace, non rimane altro che praticare la laringotomia col bisturi, oppure col termocauterio, ovvero resecare una porzione della parete laringea. E Schueller, per i casi in cui lo spostamento dei frammenti raggiunge un alto grado, propone la tirotomia.

(*Deutsche Medicinische Wochenschrift, 1893, N. 33*).

Spiess dott. G. — *Sulla corrente sanguigna nella mucosa della laringe e della trachea. (Ueber den Blutstrom in der Schleimhaut des Kehlkopfes und des Kehldeckels)*.

La corrente sanguigna deve rendere parecchi servigi — *sit venia verbo* — alla laringe. In fatti, allorchè, essendo ostruito il naso, l'aria viene inspirata per la bocca, e sottrae così alla mucosa aria e calore, il sangue deve sostituire questa perdita. Ed esso compie effettivamente questa funzione, come è dimostrato dal fatto che non si avverte allora alcuna sensazione sgradita nella laringe, e che l'epitelio vibratile rimane intatto anche quando persiste la respirazione per la bocca. Ad ogni modo, il calore e la quantità di acqua dell'aria espirata coadiuvano il sangue in questa funzione. — Viceversa, perchè la corrente d'aria entri nell'angusto varco glottico, e ne esca senza produrre alcun rumore, fa d'uopo di una superficie quasi per nulla umettata; e perchè il timbro della voce sia puro, fa d'uopo che la corda possa vibrare senza che il suo volume venga modificato dalla corrente sanguigna.

Come è agevole comprendere, perchè la corrente sanguigna assolva còmpiti così diametralmente opposti fra di loro, fa d'uopo che si possa rapidamente, a proprio libito, determinarne un aumento od esercitare su di essa un'azione inibitrice. E che ciò sia del tutto possibile nella laringe vivente, è dimostrato da che il colore della sua superficie varia dal rosso-carico al pallore marmoreo.

Inoltre, le vie per le quali affluisce il sangue, debbono variare nella mucosa laringea. Nelle superficie sulle quali risiedono muco e cellule epiteliali vibratili, come pure nelle glandole sottostanti, nella mucosa immobile o lascamente aderente, nonchè nelle fibre elastiche, la struttura dei vasi deve adattarsi alle peculiari condizioni.

Come è agevole comprendere, è questo un nuovo orizzonte che si schiude all'attività del biologo. Sventuratamente, le rispettive difficilissime ricerche sono appena in embrione. Ad ogni modo l'A. ha voluto iniziare qualche cosa sul proposito, ed ha praticato all'uopo sul cane alcune indagini, le quali, benchè tuttora frammentanee, gettano però un primo guizzo di luce in questo campo, ricerche nelle quali l'elemento *teleologico*, per *fas o nefas*, fa capolino ad ogni istante. Ha scelto quest'animale, sia perchè in parecchi punti la sua laringe mostra analogie con quella dell'uomo, sia perchè dalle accuratissime ricerche dal Boldyrew abbiamo già acquistato nozioni preziose sui vasi e sulle glandole della mucosa laringea. Secondo Boldyrew, in essa si possono agevolmente scorgere tre fitte reti di vasi sanguigni sovrapposte. Quella inferiore, consta di dicotomizzazioni ad angolo retto e di anastomosi di grossi tronchi. Da questi vasi ascendono rami fin nella metà della mucosa, dove formano una rete poligonale a maglie più strette. Nelle vere cordi vocali, la trama è alquanto differente, perchè i reticoli, in vece di essere tondeggianti o poligonali, si estendono longitudinalmente da dietro in avanti, e perchè dalla mucosa ascendono papille, le quali sono irrigate da due capillari. — Le glandole laringee sono di due specie. Nel vestibolo e nel ventricolo di Morgagni mostrano una struttura simile ai follicoli del Peyer, mentre in altri punti della laringe si riscontrano soltanto acini glandolari, di struttura elementare. Spiess, nelle sue recenti ricerche, mentre in complesso ha trovato esatte quelle precedenti del Boldyrew, vi ha aggiunto di personale un accurato esame dell' epiglottide, specialmente dal punto di vista dei vasi, i quali mostrano disposizioni pressochè simili a quelle della glottide, giacchè presentano varii reticoli, diversamente disposti, e di differente trama. In complesso, però, il fatto saliente è che la mucosa laringea vivente, oppostamente a quella injettata con colori, è pallida, per cui i capillari che decorrono sotto l'epitelio trasparente, debbono essere poveri di sangue. Eppure, in dissonanza con tal fatto, la superficie conserva il suo grado di umidità e temperatura. A che è dovuto la causa di tale fenomeno? È dovuta a che la corrente sanguigna, per la peculiare disposizione e struttura vasale, può affluire in maggiore copia, ora in questo, ora in quel punto. Inoltre, risulta altresì con evidenza, che variando la trama vasale da un punto all'altro, deve mutare la reazione, nei diversi siti, verso le influenze nocive.

A chiarire ulteriormente codesto problema, l' A. ha eseguito esperimenti di stimolazione sui nervi vasomotori della laringe, per accertare fino a qual punto il rapido cangiamento di colore della mucosa laringea stia sotto la loro influenza. Ed all'uopo fece cadere la stimolazione sui due rami laringei del vago e sul tronco cervicale del simpatico. Però, i risultati corrisposero soltanto in parte alle aspettative, probabilmente perchè non eseguiti nelle condizioni più propizie, come pure per le grandi difficoltà tecniche all' uopo inerenti.

Negli esperimenti sul *simpatico*, l' A. constatò che nella prima mezz' ora dopo la sua recisione, la mucosa da un solo lato conservava il colore che aveva precedentemente. Esaminandola alcuni giorni dopo, essa presentava un rossore chiaro, però non uniformemente, sibbene soltanto dal lato dei nervi paralizzati. — Qualora questo rossore si volesse porre in trapporto con la soppressione funzionale di un nervo, si sarebbe anche costretti ad ammet-

tere, che le estremità periferiche perdono il loro tono lungo tempo dopo la recisione, e partecipano alla innervazione delle due meta della laringe.

I risultamenti ottenuti stimolando il simpatico, sono così indistinti, come quelli che si conseguono con la recisione. Poichè la mucosa non appariva arrossita dopo la recisione del nervo, ciò potrebbe essere attribuito, ma erroneamente, alla presenza di fibre paralizzatrici. In fatti, con la stimolazione, ora più, ora meno energica, del moncone periferico, la mucosa rimaneva pallida al pari di prima.

Alcuni giorni dopo la recisione del ramo del laringeo superiore, la mucosa si era arrossita. Ciò fece subito balenare alla mente l'idea che il simpatico stimolato fosse un costrittore delle arterie. Però, anche allora, il nervo denudato, reciso e stimolato nel suo moncone periferico, non rispose allo stimolo; il colore della mucosa non variò affatto.

Negli esperimenti sui rami del vago, l'A. constatò quanto segue.—La recisione e la stimolazione del laringeo superiore ed inferiore non apportarono alcun chiarimento sul loro rapporto verso le arterie del a mucosa. La recisione, nonchè la stimolazione al moncone periferico e centrale dei due nervi, non diedero alcun risultato.

Più tardi, analogamente a ciò che si era verificato in identiche condizioni sul simpatico, dal terzo al quarto giorno dopo la recisione del laringeo superiore, si produsse un leggiero rossore della mucosa. Al pari che nel caso precedente, anche qui esso era bilaterale, ma non circoscritto alla metà corrispondente al nervo reciso. Nè si addimostrò persistente, giacchè dopo due giorni era scomparso.

Come è agevole comprendere, in base a questi pochi esperimenti, Spiess non può ritenere, nè ritiene come espletata la quistione relativa ai nervi vasomotori della laringe del cane, e meno che mai a quelli dell'uomo. È probabile che ripetendoli in condizioni differenti, si potrebbero ottenere risultati migliori. E questa speranza trova un appoggio essenziale nella considerazione, che anche dove vi sono le più piccole arterie del a mucosa laringea, si trovano muscoli relativamente robusti.

Spessissimo egli ha sperimentato pure stimolando direttamente la mucosa laringea, prima e dopo la recisione dei suoi nervi. Ordinariamente si servì, a tale uopo, dell'elettricità o dell'olio di trementina. Per la via della bocca, introduceva nella laringe leggerissimi elettrodi. Constatò, che quando gli elettrodi toccavano una mucosa già colorata, tostochè passava la corrente, si sbiadivano i punti circostanti. Ma, non appena veniva aperto il circuito elettrico, si arrossiva in grado molto intenso la mucosa per una vasta zona adiacente, e ciò raggiungeva il maximum nei punti toccati dagli elettrodi.

L'olio di trementina veniva applicato con piccolissimi stuelli di cotone, imbevuti di esso. Anche con questo stimolo la mucosa arrossiva sempre, ma non sempre in grado eguale.

Poichè questi due mezzi agivano pure in quei punti della laringe dove erano paralizzati il ramo laringeo, e contemporaneamente il simpatico, le conseguenze della stimolazione, circoscritta localmente, non possono essere cagionate da riflessi. È chiaro che la forte replezione sanguigna può essere dovuta soltanto ad un rilasciamento delle parete vasale o delle sue vicinanze immediate.

Tutti i fatti che l'A. ha constatati nelle sue ricerche, cioè il piccolo calibro delle arterie in rapporto a quello marcato delle vene con le loro spaziose vie di deflusso, la esistenza di capillari fra le fibre elastiche, la lieve eccitabilità dei nervi vasomotori, e, oppostamente a ciò, la sensibilità che i vasi allogati nella mucosa mostravano verso la corrente d'induzione e l'olio di trementina, rendono oltremodo probabile che *ogni notevole accumulo di sangue nei vasi della mucosa è determinato dalla cedevolezza autoctona della parete vasale e delle parti adiacenti.*

Benchè, come già abbiamo accennato, trattisi di ricerche iniziali, in un campo molto bujo, difficilissimo a chiarire, e nel quale ad ogni piè sospinto si può cadere in equivoco, e quantunque esse sieno stato finora eseguite soltanto sulla mucosa laringea del cane, nè ci è ben noto se la trama dei vasi sanguigni nella laringe del cane sia identica a quella della laringe umana, noi apprendiamo con viva soddisfazione queste indagini, le quali non solo potranno chiarirci col tempo molti lati della fisiologia della laringe, i quali tuttora ci sono enigmatici, ma, per ragioni facili a comprendere, possono avere eziandio un benefico riverbero nella pratica, specie nella igiene vocale.

(Archiv. für Anatomie und Physiologie, 1894).

HERYNG dott. T. — *Ulteriori contributi al trattamento chirurgico della tisi laringea discusso in base a 270 casi. (Fernere Beiträge zur chirurgischen Behandlung der Larynxphthise auf Grund von 270 Fällen besprochen).*

Negli anni scorsi abbiamo ripetutamente tenuto parola, in questo giornale, del trattamento chirurgico della tisi laringea, che Heryng ha tanto contribuito ad accreditare e diffondere presso gli specialisti, con le sue indefesse ricerche e con le rispettive pubblicazioni, le quali — sia detto a sua lode — portavano tutte una serena impronta scientifica, giacchè egli, lungi dal decantare il suo metodo come il *nec plus ultra* della cura dei processi tubercolari laringei, ha detto, in ultima analisi, quanto segue: essendo ben risaputo che i processi tubercolari sovente possono indovarsi *primariamente* nella laringe, con una opportuna cura chirurgica, eseguita mercè il raschiamento, coadiuvato dalle applicazioni di acido lattico, oppure di qualche altro antisettico efficace, è possibile distruggere il focolaio tubercolare primario, e quindi una sorgente pericolosissima di *autoinfezione* dell'organismo, per cui non è una esagerazione il credere che in tali circostanze, si potrebbe talvolta, con questo metodo, guarire radicalmente e persistentemente l'infermo. Inoltre, negli stessi casi in cui la tubercolosi laringea è *secondaria*, questo trattamento, benchè non abbia una prospettiva così lieta, può certamente riuscire pregevole, giacchè, nella ipotesi meno favorevole, liberando la cavità laringea dalle infiltrazioni e dalle ulcerazioni tubercolari, si ha per lo meno il vantaggio di rimuovere e menomare la dispnea ed i disturbi della deglutizione che tanto tormentano l'infermo; ed è ben noto che, soprattutto quest'ultimo disturbo, esercita un'assai triste influenza, giacchè pone il tisico nella grave condizione di alimentarsi male, proprio mentre è richiesto assolutamente che egli si nutrisca nel miglior modo possibile per reintegrare, al meno in parte, le gravi perdite indotte nell'economia dal processo tubercolare.

Questo trattamento, al pari di tutte le innovazioni terapeutiche, fu al principio fortemente osteggiato; però, grazie alla sua bontà intrinseca ed alla valentia con cui l'A. seppe difenderlo e most arne, a varie riprese, i vantaggi che può dare, si fece sempre più strada presso il pubblico medico. Preso seriamente in considerazione nel decimo congresso internazionale di Berlino, fu accettato nell'XI Congresso tenuto in quest'anno a Roma, ove nella Sezione Laringologica i più illustri specialisti si espressero favorevolmente su di esso, e qualcuno riferì persino i risultamenti proficui che ne aveva tratti.

Non ha guari, il professore Schroetter di Vienna espresse nuovamente dei dubii sulla efficacia del trattamento chirurgico, ed accampò la supposizione che con esso non si riesca ad estirpare tutto l'elemento patologico dalla laringe, per cui non si sarebbe mai sicuri di aver rimosso completamente il focolajo morboso. Però, le ricerche di E. Fraenkel (in Amburgo), il quale nei preparati anatomici e microscopici di tisi laringee guarite con tale metodo di cura, non riuscì a riscontrarvi alcuna traccia di alterazione tubercolare, scalzano questo dubbio, e suggellano la bontà del trattamento, ad avvalorare viemmeglio la quale, Heryng con questo nuovo contribuito casuistico, che costituisce una bella monografia pubblicata nelle *Klinische Zeit-und Streitfragen*, ci fa sapere, che èvvi ora un discreto gruppo di casi, da lui curati, nei quali la guarigione del processo tubercolare della laringe dura già da 6 anni, mentre in altri persiste da 5, 4, 3 anni, ed i rispettivi infermi godono buona salute.

Noi, salutando con schietta compiacenza codesti risultamenti, i quali infirmano la cupa sentenza di coloro, che tuttora riguardano la tisi laringea come un processo assolutamente letale, restiamo fedeli nella nostra linea di condotta, cioè di mantenerci sempre lontani dall'ottimismo e dal pessimismo, che sono i due peggiori inceppi al progresso reale ed efficace dalla scienza — e quindi ripetiamo che nel trattamento chirurgico di Heryng, ravvisiamo un metodo che — nelle mani di uno specialista cauto ed esperto — può dare risultamenti ora più, ora meno utili, secondo che il processo tubercolare indovato nella laringe sia primario o secondario, e secondo le condizioni dell'ammalato. E riteniamo per fermo che, a misura che si riuscirà a perfezionarlo — specie col potente sussidio delle applicazioni antisettiche consecutive al raschiamento — se ne potranno conseguire vantaggi maggiori.

CONCETTI dott. L.—*Alcune considerazioni sulla patogenesi e sulla cura della difteria, (Quelques considérations sur la Pathogénie et la Thérapie de la Diphthérie).*

L'A., che da lungo tempo si occupa con lodevole zelo delle quistioni cliniche e sperimentali relative alla difteria, come lo attestano le sue pubblicazioni, delle quali facemmo cenno, a suo tempo, in questo lavoro deplora che dopo la scoverta del bacillo di Loeffler si è avuto il torto di abbandonare la clinica e l'osservazione dell'infermo, per creare una patologia della difteria, fondata esclusivamente sulle ricerche del Laboratorio (?). Dopo tanti studii sulla biologia del bacillo difterogeneo e sui mezzi più potenti per ucciderlo, o almeno per renderlo meno nocivo, dopo avere studiato il suo grado di viru-

lenza e stabilito parecchie categorie con la descrizione delle corrispondenti varietà morfologiche, e le diverse condizioni in cui questa virulenza può essere attenuata o aumentata; dopo avere studiato i suoi prodotti tossici, l'azione di questi prodotti sull'organismo e la reazione che determinano con la produzione delle antitossine, capaci di immunizzare e di guarire l'animale in cui esse si producono e quello al quale vengono inoculate, si è pervenuto alla conclusione che le forme gravi di difteria sono in rapporto con bacilli molto virulenti, e viceversa, le forme benigne con bacilli meno virulenti.

Eppure, nulla di più erroneo. Le accurate ricerche, fatte in questi ultimi tempi, hanno dimostrato in modo inconfutabile che spessissimo si rinvengono bacilli virulentissimi in angine molto benigne, nella cavità orale di convalescenti od in quella di bambini sanissimi. D'altro lato, sono state constatate angine e laringiti pseudomembranose con tutti i sintomi locali e generali della vera difteria fino alla morte, mentre il più accurato esame batteriologico non faceva scoprire neppure l'ombra del bacillo di Loeffler.

Si è dimenticato, dice l'A., che nella clinica le cose accadono ben diversamente che nel laboratorio (1), e che le malattie che si producono artificialmente in quest'ultimo, al pari dei mezzi curativi che vi si applicano, differiscono molto dalle malattie che rinvengonsi nella clinica, e dei mezzi che utilizziamo al letto dell'infermo. Nella clinica, i fatti sono molto meno semplici, perchè sono in giuoco parecchi elementi che concorrono a produrre quell'assieme dei fatti morbosi, che si denomina malattia. L'antico adagio che il *clinico deve curare l'ammalato e non la malattia* resta sempre esattissimo, mentre nei laboratori si fa astrazione dal primo, per occuparsi esclusivamente della seconda.

Eppure, dice l'A., nella difteria debbonsi considerare due gruppi di fatti che, modificandosi nei loro rapporti, danno ad ogni caso clinico una impronta particolare. I casi del primo gruppo si riscontrano nello stesso organismo: essi concernono la cosiddetta disposizione individuale degli antichi autori, la quale oggi è stata spiegata scientificamente con i risultati delle ricerche sull'immunità naturale ed acquisita. I fatti del secondo gruppo sono estrinseci, e rappresentati dall'elemento batterico. Escherich giustamente ha attribuito un grande valore ai fatti del primo gruppo, esaminando il diverso modo con cui reagisce l'organismo nei casi in cui, ad una grande o ad uno piccola suscettibilità speciale dei tessuti esterni (pelle, mucosa) si associa una disposizione generale rilevante o minima verso gli effetti esiziali delle tossine difteriche. E sono le ricerche sulla funzione dell'organismo nella produzione della malattia quelle che hanno fatto rilegare in seconda linea i fatti dell'altro gruppo, cioè a dire l'elemento batterico.

Ad ogni modo, entro taluni limiti, non si può negare che il bacillo Loeffler a seconda del suo grado di virulenza, può modificare il corso e l'esito della malattia. È vero che un bacillo, tuttochè virulento, può restare inattivo rispetto ad un organismo del tutto refrattario, e che in presenza di una piccola suscettibilità delle mucose e di una grande resistenza generale all'azione

(1) In verità non tutti i clinici portano sulla coscienza questo grave peccato!

Nota della Redazione

delle tossine esso si limiterà alla produzione di un' affezione locale molto leggiera, ma capace di trasmettersi in forma grave ad altri individui più predisposti. Però, d'altro lato, è anche certo che *caeteris paribus*, rispetto al numero ed alla varietà degl'individui che sono esposti ad essere attaccati, il grado di virulenza dello stesso bacillo potrebbe darci la spiegazione della grande mortalità in certe epidemie, mentre altre hanno un decorso del tutto benigno. Del resto, numerose ed accurate ricerche di laboratorio hanno dimostrato concordemente che vi possono essere bacilli di Loeffler con virulenza diminuita o aumentata, naturalmente od artificialmente.

Un altro fatto sul quale il Concetti richiama l'attenzione, è quello che è stato segnalato frequentemente in questi ultimi mesi, in cui, a proposito della cura col siero antidifterico, si sono moltiplicate le ricerche batteriologiche in codesta malattia, dalle quali risulta che di rado si rinvengono culture pure del bacillo di Loeffler nella gola dei difterici o nelle pseudomembrane della laringe o della trachea. Anzi, il Concetti non avrebbe mai riscontrato questa coltura pura, ma sempre vaste associazioni microbiche, fra le quali predominano gli streptococchi, che, come è noto, sono dotati di un'entità patogena molto considerevole. Ed egli (al pari di altri) ha potuto constatare che le forme molto gravi, settiche, dovevano la loro estrema gravezza e la loro maggiore mortalità più agli streptococchi che allo stesso bacillo di Loeffler. Nè ciò è tutto, giacchè in parecchi casi ha confermato le note osservazioni che era unicamente lo streptococco, in mancanza assoluta del bacillo di Loeffler, che determinava forme molto gravi di angina pseudomembranosa, finanche a forma epidemica, con essudati rapidamente diffusibili, con ingorghi glandolari e periglandolari molto pronunziati (collo proconsolare), con eritema infettivo e macchie di porpora sulla pelle, albuminuria e streptococcemia dimostrata da esami batteriologici, ripetuti alcune ore solamente dopo la morte.

Basta tener presente questo fatto per comprendere gl'insuccessi che talora possonsi avere e si hanno con lo stesso siero antidifterico. In fatti, quest'ultimo ha un'azione diretta soltanto contro il bacillo del Loeffler, non già contro gli streptococchi e gli altri microbi, che si presentano insieme ad esso. *Mutatis mutandis*, si ha quì pressochè un quissimile di ciò che avvenne con la tubercolina del Koch, la quale mentre nel laboratorio aveva dato risultati splendidi, nella clinica non corrispose, nè poteva corrispondere alle aspettative. In fatti, grazie alle ricerche batteriologiche di questi ultimi anni, è oggidì risaputo che la stessa tubercolosi polmonale nella maggior parte dei casi è una infezione mista. In fatti, l'esame batteriologico accurato dello espettorato, fa rilevare, spesso, insieme al bacillo tubercolare, gli stafilococchi, il tetrageno, i bacilli dell'influenza e della pseudo-influenza, ecc. Ecco spiegata la causa dei numerosi insuccessi ottenuti con la tubercolina, giacchè questa agisce unicamente contro il bacillo del Koch.

Ma, se è giusto che la clinica non divenga e non sia l'ancella umilissima del laboratorio, d'altro lato sarebbe un grande errore non devolvere alle ricerche sperimentali tutta l'importanza che hanno realmente. E quindi lo stesso Concetti schiettamente dichiara di essere convinto che nella cura della difteria, la scoverta del Behring lascera un'orma splendida e duratura. Però, conviene non esagerare. *Unicuique suum*. Tutto sta nel saperne

vagliare la giusta entità e riconoscere fino a qual punto codeste ricerche possono essere applicate ed utilizzate nella clinica. E ciò, nel caso in parola, suona che non bisogna strombazzare con voce altezzosa ai quattro venti, che tutte le difteriti sono passibili di guarigione col siero antidifterico (1). Questo, in ultima analisi, non è altro che un mezzo potente contro il bacillo del Loeffler.

Sicchè è chiaro che nella difteria l'unità clinica ed anatomo-patologica della malattia non è in rapporto con la sua unità etiologica, e l'elemento microbico non è così semplice come si credeva, perchè il bacillo di Loeffler non può essere riguardato come il solo agente specifico della difteria, benchè ne sia il più importante. Le differenze sintomatologiche, che si è creduto rinvenire fra le forme prodotte dal bacillo di Loeffler e quelle dovute ad altri microbi, non sono che illusioni e lo sforzo di una ginnasticacerebra le ingegnosa, ma che non sempre risponde alla verità. Esse non potranno essere giammai (2) utilizzate per la diagnosi, e nemmeno per la prognosi, perchè, anche in assenza del bacillo di Loeffler, si possono riscontrare forme gravissime e micidiali.

Sintetizzando il lato pratico di tutte queste questioni, l'A. si dichiara convinto che nel trattamento della difteria il siero antidifterico è il più potente rimedio che oggi possediamo contro le tossine segregate dal bacillo di Loeffler, sicchè con esso verrà abbassata molto la cifra della mortalità. Ma poichè non è il solo elemento patogeno in tale malattia e poichè sulla prognosi di questa influisce, per lo meno in grado eguale all'elemento batterico, lo stato dell' organismo con le sue diverse predisposizioni generali e locali, ne risulta, che vi è da fare voti perchè tutto ciò che finoggi è stato fatto per il bacillo di Loeffler, venga esteso agli altri microbi patogeni della difteria. Inoltre, per il momento non si può, nè si deve rinunziare al trattamento locale della difteria, non soltanto per ciò che concerne le frequenti irrigazioni, polverizzazioni, gargarismi e pennellazioni con i mezzi che finora hanno corrisposto in questa malattia, ma neppure con la intubazione e la tracheotomia.

Queste le idee fondamentali dell'A., le quali in complesso ci sembrano sennate e razionali, ma che non possono esagerarsi, nello stato attuale delle nostre conoscenze. *(La Médecine Infantile, 1894)*.

RABOT. — *Preludio alla Sieroterapia — La difteria a Lione — L'opera di Behring — La Sieroterapia a Parigi — La Sieroterapia a Lione.* (*Prelude a la Sérothérapie — La Diphtérie a Lyon — L'oeuvre de Behring — La Sérothérapie a Paris. — La Sérotherapie à Lyon*).

Sotto questo titolo l'A. tesse minutamente e con grande fedeltà la storia della sieroterapia, rendendo così al Pasteur, come al Koch, al Behring ed agli altri la debita lode, per l'opera che ciascun di essi ha apportato nella

(1) Ma chi lo ha fatto? Sono i detrattori che pretendono il miracolo!
Nota della Redazione

(2) Noi non possiamo interamente dividere questo assolutismo dell' egregio Autore.
Nota della Redazione

fabbrica di questo grande tempio, che il secolo decimonono lascia in retaggio al futuro, perchè lo completi e lo estenda in tutti i campi in cui è possibile.

Fa rilevare, con le statistiche, che la difteria negli ultimi tempi è aumentata a Lione, dove, in 22 anni, ha costato la vita a 3,666 bambini. La proporzione percentuale dei decessi è stata sempre abbastanza alta, tuttochè la cura sia stata fatta con la massima energia, non esclusa quella sussidiaria chirurgica (tracheotomia). Nei migliori anni si aveva il 40-50 °|₀ di decessi.

Ma Rabot giustamente si compiace che anche a Parigi, ora, la intubazione prenda il disopra sulla tracheotomia. Non appena Roux e Behring proclamarono ufficialmente i risultati ottenuti nella pratica, l'A. si affrettò a provvedersi del siero di Behring, e lo sperimentò in un numero abbastanza rilevante di casi. E quantunque naturalmente egli non voglia emettere un giudizio definitivo, fa tuttavia rilevare che la cifra percentuale delle guarigioni per difteria è aumentata abbastanza, nella sua clinica privata ed ospedaliera. Sicchè è impossibile sconoscere che il siero di Behring segni un cospicuo progresso nel trattamento di questa affezione. Fin dove si può contare su di esso, quanto vi è da sperare che, col suo uso, si abbassi la cifra della mortalità per difteria, ce lo dirà — afferma Rabot — l'osservazione clinica degli anni futuri.

(*Lyon Médical*. N. 50, 1894).

V. Meyer

Beausoleil dott. R. — *Su di un caso di laringocele*. (*Sur un cas de laryngocèle*).

Vista la rarità di questa laringopatia, l'A. ha creduto interessante riferire il caso osservato nella clinica laringologica della facoltà di Bordeaux. Trattasi di un robusto coltivatore, cinquantenne, senza precedenti personali od ereditari. Da cinque anni, difficoltà crescente della respirazione nasale e forte bronchite con violente crisi di tosse accessionale. Un anno e mezzo dopo il principio della bronchite, la voce è incominciata a divenire rauca, e l'infermo ha allora constatato che, durante gli sforzi della tosse, si formava « sul lato del collo un piccolo tumore, che persisteva e scompariva dopo la crisi ». All'esame attuale, molteplici e voluminosi polipi mucosi nelle due fosse nasali, faringite granulosa; mucosa laringo-tracheale arrossita; nel lato sinistro della laringe, la vera corda vocale appare rosea e quella falsa un pò aumentata di volume; a lato destro si constata, durante la fonazione, un tumore rosso, molle, di forma irregolare, sessile, misurante un centimetro di lunghezza ed un mezzo centimetro di larghezza, il quale nasconde ed occupa il posto della corda vocale ed appare una dipendenza della mucosa del ventricolo di Morgagni. Durante l'inspirazione, il tumore sembra diminuire di volume e lascia scorgere, nel terzo posteriore, la corda arrossita. All'esterno si vede un piccolo tumore, nella regione antero-laterale dritta del collo, un pò in avanti ed al disotto del grande corno dell'osso joide; esso è grande quanto una nocella, allo stato normale, e durante l'inspirazione; aumenta di volume nella deglutizione, e raggiunge le dimensioni di un mandarino negli sforzi violenti e sostenuti. Al toccamento, il tumore è molle, depressibile, elastico, nettamente crepitante, e negli sforzi si ha la sensazione dell'entrata dell'aria. Per tutti

questi caratteri, l'A. ha creduto trattarsi di laringocele (e non di tracheocele, affezione meno rara e più conosciuta) « cioè di un'ernia della mucosa laringea a livello della parte media del ventricolo di Morgagni, prodottasi sotto gli sforzi di tosse violenti e ripetuti, senza potere invocare una predisposizione speciale, (sviluppo e prolungamento dei ventricoli laringei) che Virchow ha descritto col nome di *laringocele ventricolare*, e che Sappey considera come normale presso certi individui ».

In quanto alla cura, in generale l'A. respinge ogni intervento chirurgico, sia per i risultati incerti, sia perchè i malati sono mediocremente incomodati. Ma decidendosi per esso, bisogna fare una incisione a livello del tumore, andare alla ricerca del sacco fin nel laringe, sezionare la mucosa e suturarla.

GRADENIGO prof. G. — *Papilloma da « leukoplachia oris »*

Non è frequente, dice l'A., che la proliferazione irritativa delle papille dia origine alla costituzione d'un tumore, talora di dimensioni notevoli, come nel suo caso, nel quale (a parte la guarigione ottenuta con l'estirpazione e sutura del tumore più grande) l'esame istologico del papilloma, eseguito dal dott. CALZAVARA, diede questi risultati: limiti netti tra mucosa sana e quella alterata; alterazioni consistenti in una ipertrofia delle papille con ispessimento dell'epitelio che le riveste ed uno sfaldamento più abbondante dello strato corneo; accumuli di elementi piccoli, rotondi, a grosso nucleo e scarse protoplasma intorno agli zaffi interpapillari dell'epidermide; tonache dei vasi della sottomucosa qua e là infiltrate da questi elementi; alcuni vasi, specie venosi, ectasici.

Dott. A. TRIFILETTI

CASSANELLO dott. E. — *La Tracheotomia e l'Intubazione della Glottide.* (*La Traquetomia y el Entubado de la Glotis*).

L'egregio autore dopo aver parlato dei casi di tracheotomia da lui operati, passa a parlare dell'intubazione, tessendone brevemente la storia e facendone il paragone colla tracheotomia.

Tutta la monografia è divisa in 5 capitoli: 1° Crup primario; 2° Crup secondario ossia difteria faringo-laringea; 3ª Intubazione della glottide, 4° Tracheotomie diverse; 5° Appendice di appunti importanti sopra 199 tracheotomie e 35 intubazioni.

1.° Di crup primario sono stati operati 146 infermi: di cui 145 di razza bianca e 1 di razza negra, non perchè i negri ci andassero meno soggetti, ma perchè vanno gradatamente scomparendo da quei luoghi. Dei 145 operati, 77 sono guariti e 69 morti.

2.° Di crup secondario furono operati 35, di cui uno solo visse, tutti gli altri morirono. Ora, però, l'autore preferisce, in questi casi, praticare solamente l'intubazione, che è accettata senza resistenza dalle famiglie, e si ottengono gli stessi risultati della tracheotomia, per non dire addirittura migliori, ragion per cui ha finito per rinunziare alla tracheotomia in ammalati di questo genere.

3.° Nella stenosi laringea del crup primitivo era stata usata la tracheotomia,

sia col processo lento, sia col processo rapido *Saint-Germain modificato*. Però la statistica è così sconfortante, che, come si è detto, nei casi di crup primitivo e secondario sarà più giusto dare la preferenza alla intubazione. Con questa furono operati 35 infermi di crup primario, di cui guarirono quattro e 28 di crup secondario, di cui guarì un solo. Negli altri la morte avvenne per paralisi cardiaca ed intossicazione rapida; concludendo, l'autore non fa che riportare i soliti argomenti in favore dell' intubazione, i quali collimano perfettamente colle nostre idee.

In ultimo, come appendice, descrive i singoli casi da lui trattati, dando, così, una monografia chiara e completa di un argomento tanto importante della nostra specialità.

THOMAS. — *Trattamento di diverse malattie delle vie respiratorie per mezzo delle iniezioni intra-tracheali.* (*Traitement de diverses maladies des voies respiratoires par les injections intra-trachéales*).

Dobbiamo essere veramente grati al dotto collega d'oltr'Alpe, che ci presenta uno studio abbastanza completo sull'argomento, studio poggiato su moltissime esperienze personali, che sono dettagliatamente esposte nella sua memoria. I medicamenti sperimentati sono il *mentolo*, il *guaiacolo* ed il *iodoformio*, i due primi alla dose di grammi 4,50 su grammi 45 di olio di uliva sterilizzato, e l' ultimo alla dose di grammi 2, se i reni funzionano bene o quasi. Sugli esperimenti fatti col calomelano nella sifilide pulmonale, nulla si può dire ancora di positivo. L' iniezione si fa colla siringa a 3 anelli, e meglio sulla guida del laringoscopio che alla cieca.

Scorrendo le diverse storie cliniche, si ha l'agio di notare i vantaggi avuti nella tosse convulsiva, nell' enfisema pulmonale, nell' asma, nell' asma complicato a tosse convulsiva, nella bronchite cronica, nella bronchettasia e bronchite fetida. Ma ciò che attira maggiormente l'attenzione dell'autore, è la tubercolosi, notando come le iniezioni intra-tracheali giovano in ispecie nella tubercolosi pulmonale a forma torpida, nei due primi periodi; nel terzo periodo e nella cachessia si ha una semplice miglioria, mentre riescono addirittura nocive nella tubercolosi pulmonale acuta.

DAMIENO

SOCIETÀ LARINGOLOGICA BERLINESE

Seduta del 9 Ottobre 1891

Kirstein presenta un infermo al quale, quindici anni or sono, fu fatta la tracheotomia. Vi è una deiscenza delle lamine della cartilagine tiroide. La commessura anteriore è molto divaricata, e contiene un cercine cicatriziale. Nella fonazione si produce un quadro inverso, simile a quello della paralisi del trasverso. — B. Fraenkel ha già descritto due casi di tireotomia involontaria. Col recentamento e con la sutura si ottenne un miglioramento.

Un secondo infermo ha subito una grave frattura con consecutiva pericondrite, conquassamento di tutta l'impalcatura cartilaginea, e sorprendente ripristinamento della voce senza tracheotomia. Più tardi fu inciso un ascesso, dal quale si vuotò pus insieme a piccoli frammenti di cartilagine. L'esame esterno mostra la cartilagine tiroide appiattita. Vi è una aderenza cicatriziale fra la cartilagine tiroide e l'osso joide.

Treitel presenta un caso di aneurisma dell'aorta con paralisi del ricorrente a sinistra e peculiare anomalia di movimento dell'epiglottide.

Herzfeld mostra una suppurazione del seno frontale, la quale si era guarita dopo essersi aperta all'esterno. Vi erano già tumefazione esterna e suppurazione sottocutanea. Dopo l'incisione della pelle, apparve una fistola.

Passando all'ordine del giorno, Flatau presenta due casi di empiema latente del seno frontale, che guarirono con la trapanazione esterna. In uno di essi trattavasi di una inferma, la quale, dopo l'influenza, ebbe empiema del seno frontale ed etmoidale; nel secondo di un uomo che ebbe anzitutto empiema del seno mascellare, aperto e zaffato, dopo di che l'infermo, contrariamente alle istruzioni ricevute, si assentò per cinque mesi. Quando ritornò, fu costatatato — dopo rimosso lo zaffo che era impregnato di icore — dapprima una suppurazione del seno etmoidale dello stesso lato, e più tardi empiema del seno sfenoidale e frontale. In amendue i casi il seno frontale fu aperto con un taglio nella plica del corrugatore, con che la deformità fu ridotta al minimum.

Saenger (Magdeburg) presenta una inferma con ozena, che fu trattata meccanicamente mediante un piccolo apparecchio. Egli non si promette una rimozione della lesione anatomica, ma soltanto un miglioramento relativo.

Passando alla discussione, Herzfeld accampa la domanda, perchè gl'infermi con suppurazione delle cavità accessorie percepiscono un cattivo odore che non viene punto avvertito dal medico.

Fraenkel risponde, che gl'infermi percepiscono il cattivo odore direttamente, ed il medico percepisce soltanto l'alito del paziente.

Holz menziona che il sintoma indicato da Burger nella illuminazione

per trasparenza, mancò in un caso da lui osservato (empiema dell' antro d'Higmoro).

Terminata la discussione — B. Fraenkel fa una comunicazione nella quale espone alcune osservazioni sulla « denominazione cartilagine del Wrisberg ». Fa rilevare che Alberto Haller (1780) nel 4° capitolo della sua opera (sulla voce e la favella) menziona che le cartilagini aritenoidi si scindono dai due lati, sulla qual cosa il Wrisberg fece notare, che egli già da parecchi anni aveva osservato due nuove cartilagini, che descrive come cuneiformi. Però, lo stesso Wrisberg dichiarò che le aveva trovate disegnate in due tavole di Pietro Kamper. Nella dissertazione apparsa un anno dopo, le cartilagini vengono già denominate del Wrisberg, e se ne attribuisce a lui la scoverta. Però, esse erano state menzionate precedentemente dal Morgagni, che ne diede un disegno evidente. Anche il Luschka ha stabilito con certezza che la priorità della descrizione spetta al Morgagni. Inoltre il Fraenkel, nella dissertazione di Marcus Jan Busch, fatta ad istigazione del Kamper, ha potuto accertare la seconda pubblicazione precedente al Wrisberg. Egli propone di denominare le cartilagini Wisberghiane col nome di cartilagini cuneiformi.

Flatau tiene parola: di due casi di affezione del seno frontale, che egli ha già presentati alla Società Laringologica Berlinese, ed i quali dimostrerebbero che, quando la suppurazione del seno frontale persiste a lungo, l'alterazione patologica fondamentale non giustifica una prognosi così pessimista, come è stato espresso ultimamente da molti autori. Sicchè, nei casi appropriati è da raccomandare di praticare semplicemente, secondo uno dei ben noti metodi, una larga apertura dall' esterno, e non già *hic et nunc* un metodo più radicale (apertura con trapiantamento) giacchè con ciò si ha un forame che apporta un deturpamento permanente.

Indi Flatau espone un caso di papilloma del margine laterale della epiglottide in un uomo di 40 anni. Difficilmente si riusciva a vederlo, praticando l' esame nel modo ordinario, perchè prendeva origine con un peduncolo relativamente esile e corto, e perchè l'epiglottide sollevandosi poco, scompariva dietro a questa, onde si vedeva soltanto una esilissima zona, che non spiccava punto per il colore.

Parecchi laringologi avevano esaminato questo infermo, e non avevano notata la presenza del tumore. I disturbi consistevano in una sensazione di corpo straniero (specialmente nel deglutire), e soprattutto in uno stimolo molesto che eccitava continui movimenti di deglutizione, nonchè di dolori che si irraggiavano a destra, nella regione auricolare. Tutti questi sintomi, che esistevano già da anni, scomparvero con l' asportazione del tumore. (Dimostrazione del preparato e dell'infermo).

Indi Flatau parla di un condroma dell' epiglottide. In questo caso trattavasi di un infermo, che gli fu inviato da un medico, perchè lo avesse operato per fibroma bilaterale delle corde vocali. All' esame egli constatò, davanti alla superficie laringea dell' epiglottide, un tumore grosso pressochè quanto una noce avellana, rivestito di mucosa liscia, che sporgeva in sopra fino al suo margine. L'incisione esplorativa, praticata tenendo l' epiglottide uncinata, fece rilevare tessuto cartilagineo. L'infermo, che aveva riacquistata

la voce dopo che furono asportati i tumori delle corde vocali, non acconsentì alla estirpazione del condroma dell'epiglottide.

Inoltre Flatau menziona: 1) un caso di produzione cistica sierosa sull'epiglottide. Il tumore, grosso quanto una noce avellana, di colore bianco-giallastro, era impiantato con larga base sul lato orale. Fu asportata la parete superiore della cisti. Guarigione.

2) Due casi di cisti intracordali. Questi due infermi presentavano un quadro approssimativamente eguale.

In amendue i casi, le cisti occupavano il terzo posteriore della corda vocale destra. Il disturbo funzionale era abbastanza considerevole. Sul tumore teso e di trasparenza giallastra, si vedeva decorrere a tratti il tessuto rarefatto della corda vocale. Bastò la semplice incisione per avere la guarigione.

Nel secondo caso, che gli fu inviato dal dottor Gutzmann per l'operazione, la corda vocale rimase perfettamente arrossita, senza che si fossero prodotti altri disturbi.

3) Dimostrazione di diversi istrumenti, e propriamente: *a)* pinze nasali di svariata curvatura per la chirurgia delle cavità accessorie del naso; *b)* dilatatori nasali completamente anneriti, che da principio erano stati costruiti per i casi in cui si dovevano fare immagini fotografiche dell'interno del naso, ma che poi per la rinoscopia si addimostrarono migliori di quelli ordinarii, perchè si evitano i riflessi laterali. Codesti dilatatori possono essere ottimamente disinfettati. *c)* Un laringotomo mobile, nascosto, che rassomiglia a quello antico del Tobold. *d)* Un compressore nasale, che è formato sul modello dell'antico speculo nasale fenestrato di Fraenkel, però è modificata la direzione, e le parti fenestrate sono più sottili è più lunghe. Esso serve per la compressione del setto nelle profuse emorragie (spesso difficilmente frenabili) della parte anteriore della sua parete. Gli occhielli vengono fortemente fissati al setto cartilagineo, rivestito da ogni lato da una sottile foglia di celloidina, onde esercitano compressione, senza impedire la respirazione nasale. Dimostrazione dell'apparecchio.

Seduta del 7 Dicembre

Prima di passare all'ordine del giorno, Musehold mostra un campanajo, di anni 72, al quale egli, tre mesi or sono, ha estirpato un grosso tumore bernoccoluto con superficie liscia, che ingombrava quasi tutta la laringe (giacchè restava appena una piccola apertura), cagionando forte dispnea. Prima di asportare il grosso tumore, che all'esame microscopico si addimostrò essere un fibroma, il ligamento ariepiglottico destro s'inarcò a mò di una vescica. Il tumore sembrava prendere origine dalla metà anteriore del seno destro del Morgagni.

Treitel presenta un esofagoscopio, che viene introdotto tal quale nell'esofago, e poi si dilata con un meccanismo a rotazione. Tuttavia, finora, neppure egli lo ha adoperato nella pratica.

Fraenkel mostra un preparato, ottenuto da una estirpazione unilaterale della laringe per encondroma.

Grabower tiene parola dei centri esistenti nel midollo allungato, che innervano i muscoli laringei. Dichiara che, proseguendo le ricerche sperimen-

tali iniziate da alcuni anni (V. *Centralblatt für Physiologie, 1890, N. 20)* si è convinto che il nervo motore della laringe non è l'accessorio, ma il vago. Ed all'uopo ha praticato un' altra vasta serie di ricerche — per accertare esattamente la posizione, l'estensione ed il reciproco rapporto in cui stanno fra di loro i nuclei del vago e dell'accessorio insieme alle due radici — sopra tagli in serie del midollo spinale e del midollo allungato. In queste indagini — estese sopra circa 1500 sezioni — condotte dalla regione del terzo nervo cervicale fino al ponte — pervenne ai seguenti risultati. Il nucleo dell'accessorio risiede soltanto nel corno anteriore del midollo spinale, così nella porzione mediana, come in quella dorsale del medesimo. Le radici dell'accessorio, che presentano due tragitti differenti, decorrono dalla periferia, attraverso la sostanza bianca, si ripiegano nella sostanza grigia, e pervengono al nucleo sia direttamente, sia indirettamente. Il nucleo dell'accessorio termina pressochè nel mezzo dell'incrociamento delle piramidi. *Esso è un nervo puramente spinale; non esiste un accessorio cerebrale.* Inoltre Grabower ha trovato gangli dell' accessorio. Qualora si riuscisse a constatare che questo fatto è costante, ciò dimostrerebbe la natura puramente spinale dell' accessorio. — Il nucleo motore del vago incomincia in un punto lontano dal nucleo e dalle radici dell' accessorio, sicchè è escluso che fra di essi vi sia un rapporto qualsiasi. Il nucleo sensitivo e quello motore del vago sono costantemente in rapporto fra di loro mediante fibre midollari. — Grabower ritiene che il nucleo motore del vago sia il centro d'innervazione della laringe, e protesta contro l'espressione — « nucleo del vago-accessorio » — che è molto in uso nelle opere odierne, giacchè essa fa presupporre un nesso fra questi due nuclei, il quale non corrisponde affatto alle condizioni anatomiche reali. Per ciò che concerne le figure, Grabower rimanda alla sua pubblicazione nell' *Archiv für Laryngologie. Vol. II. Fasc. 2.*

Schadewaldt riferisce sopra un caso di paralisi della corda vocale sinistra, che egli aveva già presentato alla Società Laringologica. Solleva la quistione se dal modo come insorge la paralisi della corda vocale sinistra, si possa desumere il reperto intratoracico. Nel suo caso, in cui l'autopsia fece rilevare una completa carcinomatosi del pulmone sinistro, il primo sintomo fu l' emorragia, indi l'ottusità alla percussione, più tardi la raucedine, e due anni dopo l'emorragia, si produsse la paralisi della corda vocale sinistra. Invece, secondo Schadewaldt, negli aneurismi si produce dapprima la paralisi, e dopo anni si ha l'emorragia. E poichè ammette che gli aneurismi dell'arco aortico per lo più sarebbero dovuti alla sifilide, consiglia la cura con frizioni mercuriali. Secondo lui, con ciò non si rimuoverebbe la paralisi della corda vocale, ma guarirebbero le lesioni delle pareti vasali, e quindi s'impedirebbe che l'aneurisma ingrossi.

TH. FLATAN

VARIA

La Sieroterapia in Italia

Nella lusinga di far cosa grata ai nostri lettori, i quali avranno seguito il grande movimento della geniale scoperta di Behring, riportiamo, in ordine cronologico (1), i casi di difterite curati in Italia con la sieroterapia.

Teniamo, peraltro, a far comprendere, che i casi quì riferiti, sono quelli ricavati dai giornali scientifici, non avendo creduto opportuno tener conto anche degli altri pubblicati nei giornali politici, che non si possono sempre utilizzare, per mancanza di una solida conferma.

Ecco, senz'altro, la lista:

1) Dott. Ceraini, di Varese (*V. Gazzetta Ospitali, n. 127*) — 2 casi, con guarigione.

L'esame batteriologico non fu praticato.

2) I casi curati dal prof. Massei, coadiuvato dal dottor Damieno, non solo per le ricerche batteriologiche, ma anche per la intubazione spesso richiesta, sono sino ad oggi 12, ma quattro soltanto sono stati pubblicati. (*V. Riforma Medica, n. 251-255-266 e 273*). Essi si possono dividere così:

4 Casi di difteria faringea ed otto di crup.

Le ricerche batteriologiche riguardanti i primi, dettero i seguenti risultati:

Associazione del bacillo di Löffler a streptococchi in due casi, che clinicamente avevano tutti i caratteri d'una forma gravissima, con localizzazione nel cavo naso-faringeo in uno ed albuminuria, con le stesse complicanze renali, ingorghi ghiandolari deformanti, coma ed adinamia in un altro. In un caso (giovanetta a 16 anni) anche il reperto batteriologico fu positivo, ma la forma clinica era abbastanza mite.

Nel 4° caso, il materiale raccolto non fu sufficiente per le indagini batteriologiche, ma il decorso clinico in seguito alla iniezione del siero non ammetteva nessun dubbio sulla vera natura difterica, tanto più che nel paesello, dove fu curato il bambino, la difterite infieriva.

Questi casi, tranne il 3°, si riferiscono tutti a bambini; tutti guarirono; il secondo con non poca maraviglia dei genitori, dei curanti e consulenti che temevano una morte imminente.

---

(1) Abbiamo preferito alla data della pubblicazione, quella che si riferisce alle singole osservazioni, e si comprende agevolmente che questa lista è lungi dall'essere completa, visto che novelle osservazioni vengono publicate, a misura che il tempo passa, di giorno in giorno, nei varii periodici. Lo stesso prof. Massei ha avuto, in questo ultimo scorcio, altri 5 casi, cioè in tutto 17, mentre non possiamo riferire che di 12.

Si è usato sempre il siero Behring (bocc. n. 1); si è fatto una sola iniezione 3 volte; una soltanto (caso 2.º) s'iniettò, dopo 12 ore, anche il n. 3, e dopo altre 48 ore il n. 2.

Gli 8 casi di crup meritano soprattutto la massima attenzione. Cominciamo dal dire che si è trattato sempre di bambini fra 2 e 5 anni di età. Si è sempre usato il Siero Behring N. 1 e si è fatto sempre una sola iniezione. Tranne una volta in cui s'iniettò prima il N. 2 e poi il N. 1.

Ne guarirono 6, ne morirono 2. — In 7 si dovette praticare l'intubazione; in uno la si potette risparmiare. I due casi in cui si verificò la morte, potrebbero, a stretto rigore di termini, venire perfettamente cancellati, per le seguenti ragioni: perchè in uno si trattava d'una bambina con grave laringostenosi, nel periodo adinamico, alla quale, per un infortunio, non si potette iniettare che metà della dose N. 1, dopo aver il dott. Damieno praticata d'urgenza la intubazione. La morte avvenne nel giorno seguente per paralisi ed edema pulmonare, mentre il tubo funzionava ottimamente. Nell' altro caso, una bambina anche di 2 anni, praticata l'intubazione, che riuscì benissimo, si dovette prima fare qualche iniezione di etere e metterla col capo in giù per farla respirare, e poscia, a richiesta della famiglia, iniettare il siero. La morte avvenne per paralisi cardiaca 10 ore dopo.

Si tiene molto a far rilevare che il prof. Massei ed il dott. Damieno obbedirono, in questi casi, ad una volontà dei genitori, ma erano convinti dell'esito che li aspettava e si sarebbero limitati alla sola intubazione per debito umanitario.

Nei rimanenti sei casi, una volta, com'è stato rilevato, il siero bastò a scongiurare i fenomeni di stenosi, nè si richiese operazione di sorta.

Due volte si dovette incominciare dalla intubazione, tanto erano gravi i fenomeni di stenosi, e 3 fiate il siero non valse a scongiurare i fenomeni laringei, onde dovette seguire inesorabilmente la intubazione.

Le ricerche batteriologiche dettero i seguenti risultati: una volta, in una bambina che morì 10 ore dopo, reperto nullo, per la scarsezza del materiale; 4 volte risultati positivi (bacillo di Löffler), 3 volte presenza di colonie di stafilococchi e steptococchi.

Epperò merita massimo riguardo la considerazione che il decorso clinico, in questi 3 casi, rivelò una non dubbia azione del siero sugli essudati, ond'è che nell'animo nostro rimase la convinzione che si trattasse di vera forma difterica, tanto più che la prova fu unica, e si sa che un solo reperto non basta ad infermare la diagnosi batteriologica.

3) Il prof. Guaita di Milano (*V. Corriere Sanitario, n. 40*) ha curati 8 casi, ed ha avuto 6 guariti e 2 morti. In soli 6 casi ha praticato l'esame batteriologico. In 2 casi egli rinvenne la forma pura, in 4 forme coccogene semplici e forme microbiche associate.

4) Dottor Enrico Ferrari (*V. Rivista Italiana di Terapia ed Igiene, n. 169*). Un solo caso, con guarigione. L'esame batterioscopico non fu praticato.

5) Nella Clinica Pediatrica di Firenze, diretta dal prof. Mya (*V. Riforma Medica, n. 274*) sono stati trattati con la sieroterapia 18 casi, che si possono così suddividere:

2 casi di angina difterica semplice;

6 casi di angina difterica con fenomeni non molto avanzati di crup;

10 casi di crup, che richiesero la tracheotomia d'urgenza.

Le guarigioni sono state: 2 pei casi di angina difterica; dei 6 casi di angina difterica con fenomeni crupali iniziali, 2 sono guariti, 4 sono ancora sotto cura, due dei quali accennano ad evidente miglioramento.

Dei 10 casi di crup, 3 morirono; degli altri 7, 3 guarirono rapidamente, 4 sono tuttora in cura, 2 accennano ad un miglioramento progressivo, 2 sono stazionari.

In tutti i 18 casi fu praticato l'esame batteriologico, il quale fu positivo.

Nei casi di crup si rinvenne il bacillo di Löffler, puro o associato a microrganismi (stafilococco e streptococco). — Per i suoi 18 infermi, il prof. Mya ha adoperato 370 c. c. di Siero Behring, cioè 75 c. c. della boccetta N. 2, 10 c. c. della boccetta N. 3 ed il resto della boccetta N. 1.

6) I dottori Isnardi e Davico (*V. Gazzetta Ospitali, n. 149*) hanno curato un solo caso, con guarigione. L'esame batteriologico fu positivo, e si rinvenne la forma pura.

7) Dottor B. Marchisio (*V. Gazzetta Medica di Torino, n. 50*). Un caso con guarigione. Il reperto batteriologico fu negativo.

8) Dottor L. Colombo (*Ivi*). Casi 11. Esame batteriologico non praticato; 7 guariti e 4 morti.

9) Dott. Spinelli (*Ivi*). 2 casi con guarigione. L'esame batteriologico non fu praticato.

10) Il prof. Concetti (*V. Riforma Medica, n. 294*) ha curato 8 casi, ed ha avuto 7 guarigioni ed un solo morto. L'esame batteriologico, sempre praticato, rivelò forme microbiche associate.

Riassumendo, quindi, tutti i casi sottoposti alla sieroterapia abbiamo le seguenti cifre:

	Casi	Guarigioni	Stazionarietà	Morti
1 Dott. Ceraini	2	2	—	—
2 Prof. Massei	12	10	—	2
3 Prof. Guaita	8	6	—	2
4 Dott. Ferrari	1	1	—	—
5 Prof. Mya	18	7	8	3
6 Dottori Isnardi e Davico	1	1	—	—
7 Dott. B. Marchisio	1	1	—	—
8 Dott. L. Colombo	11	7	—	4
9 Dott. Spinelli	2	2	—	—
10 Prof. Concetti	8	7	—	1
Totale	64	44	8	12

***

Annunziamo con piacere la comparsa d'una pubblicazione: « *Travaux d'électrothérapie gynécologique* — Archives semestrielles d'électrothérapie gynécologique » — fatta dal dott. G. Apostoli, il cui nome è un elogio, e che in questo primo volume ha saputo mantenere alta la fama che gode.

Il libro, elegante, è edito a Parigi, dalla *Société d'éditions scientifiques*.

***

Un'altra pubblicazione, che con piacere rechiamo a conoscenza dei nostri lettori è: « *Una nota preventiva sul trattamento delle malattie di cuore col bagno idro-elettrico* ». Si tratta di un lavoro edito dal dottor A. Maggiorana, di Roma, e l'importanza dell'argomento lo raccomanda da sè.

***

Se un libro di *Chimica Clinica* non può interessare da vicino gli specialisti per le malattie della gola, non può nemmeno non destare l'interesse nei medici generici.

E poichè noi abbiamo più volte espresso il parere che prima di essere un buon specialista, bisogna essere un buon medico generico, potremo, senza aver l'aria di fare una eccezione, e senza quella di una deferenza per l'amico, presentare il nuovo libro del prof. Arena: « *Fondamenti di Chimica Clinica* » con due parole che non suonino plagio, ma saluto meritato ad un' opera lungamente pensata, ed ottimamente sviluppata.

Il lavoro, dedicato ai medici pratici ed ai giovani studenti di Medicina e di Farmacia, ch'è, come dice l'A. l'attuazione d'una promessa fatta fin dal 1883, sotto il modesto nome di Manuale, rappresenta una sintesi di tutto quanto possa interessare il medico, nel suo esercizio professionale, perchè utilizzi quello che la Chimica, la Microscopia e la Batteriologia hanno arrecato in sussidio alla diagnosi clinica. Sono nozioni complete, esposte in maniera piana e facile, da un uomo che ha dedicata la sua vita a questi studi e che ha la convinzione di quello che dice e di quello che fa.

L'edizione è un pò scadente, ma questo piccolo peccato riceve un compenso, di molto superiore, da 6 splendide tavole litografiche, che illustrano i reperti delle varie analisi.

Questo libro, al quale ha tanto contribuito la meritata fiducia dei medici pratici verso il suo Autore, rappresenterà, nelle loro mani, una guida preziosa ed un riscontro, che non sarà giammai smentito dalla prova di fatto.

***

Le seguenti tesi di laurea furono presentate e discusse nella Sessione di Novembre-Dicembre 1894. A titolo di onore, riferiamo i nomi dei novelli laureati :

1° Ancona Martino — Forme anatomo-cliniche della laringite tubercolare. — Relatore prof. F. Massei.
Approvato con 22 punti.

2° Matarazzo Giuseppe — Considerazioni cliniche sull' afonia paralitica. — Relatore prof. F. Massei.
Approvaro con 21 punti.

3° Zagarella Gino — La intubazione; in quali malattie può sostituire la tracheotomia. — Relatore prof. F. Massei.
Approvato con 21 punti.

LIBRI VENUTI IN DONO

CORRADI dott. C. — Se le asimmetrie nella forma e nella struttura delle ossa del cranio, nei seni della faccia, ecc., possano esercitare influenza sul risultato della prova di Weber. Firenze 1894.

— Delle flogosi acute ricorrenti delle tonsille e delle fauci in genere e della loro cura più opportuna. Torino 1894.

GLASCOW dott. W. — A new and distinguishing sign of latent aneurysm of the aorta. — New York 1894.

BRESGEN prof. M. — Speicheldrüsenerkrankungen. Wien, 1894.

— Die Ursachen des nervösen Kopfschmerzes der Schulkinder. Wien, 1894.

GRADENIGO prof. G. — Papilloma da « *leucoplachia oris* ». Torino 1894.

CHIARI prof. O. — Ueber Lymphosarkome des Rachens. Wien 1894.

VON KLEIN dott. C. H. — Report on intubation from nov. 1892 to nov. 1893. Chicago 1894.

— Rhinology in the past and of the future. Chicago 1886.

— Address on Rhinology. Chicago 1888.

— Atrophy, hypertrophy and deviation of the Septum. Philadelphia 1889.

— Uvolotomy (Amputation of the Palate). Chicago 1892.

— Intubation of the Larynx. Cleveland, Ohio. 1891.

— New and illustrative points in examination of the nose and throat. Philadelphia, 1888.

— Report of cases of reflex from nasal diseases. Cleveland, Ohio, 1892.

KAREWSKI dott. I. — Ueber operative Abortivbehandlung der acuten Osteomyelitis. Leipzig 1894.

HERYNG dott. TH. — Fernere Beiträge zur chirurgischen Behandlung der Larynxphthise. Wien 1894.

RAUGE' dott. P. — Sur la chirurgie du sinus maxillaire et ses progrès depuis dix ans. Lyon 1894.

HAAS prof. A. — Sulla cura delle scottature per mezzo dell' aristolo. Napoli 1894.

APOSTOLI dott. G. — Travaux d'éléctrothèrapie gynécologique. Paris, 1894.

STRAIGKT dott. H. S. — Apex catarrh. New-York 1894.

— Notes on Disease of the ear and upper air passages in apex catarrh. New-York 1894.

FRANKEL prof. B. — Croup. Wien 1894.

— Pachydermia laryngis, ihre Geschichte, pathologische Anatomie und Pathologie. Berlin, 1894,

— Der sogenannte Prolapsus des Morgagni'schen Ventrike's. Berlin, 1894.

CONCETTI prof. L. — Quelques considérations sur la pathogènie et la thèrapie — de la diphtérie. Paris, 1894.

Palazzolo dott. N. — La cura della difteria con l'antitossina difterica. Conferenza. Catania 1894.

Fraenkel prof. B. — Die keilförmigen Knorpel des Kehlkopfs sind nicht von Wrisberg entdeckt worden und können deshalb nicht nach ihm benannt werden. Berlin 1894.

Rabot dott. — Prélude à la sérothérapie. Lyon 1894.

Mount Bleyer dott. J. — Nuclein in Diptheria — A clinical demonstration. New-York 1894.

Karewski dott. I. — Ueber radicale Bruchoperationen bei Kindern. Berlin 1894.

— Die Ausreissung des Nervus trigeminus zur Beseitigung schwerer Neuralgien. Berlin 1894.

Spiess dott. G. — Ueber den Blutstrom in der Schleimhaut des Kehlkopfes und des Kehldeckels. Leipzig 1894.

Malerba prof. P. — Un nuovo reattivo per riconoscere l'acetone e l'acido urico. Napoli, 1894.

Ducrey prof. A. } Neuer experimenteller Beitrag zum Studium des Erythra-
Reale dott. A. } smas. Hamburg, 1894.

Chervin — Comment on guérit le Bégaiement. Paris, 1894.

Galatti dott. D. — De l'intubation du larynx dans la clientèle. Lyon 1894.

Scheier dott. Max. — Ueber Kehlkopffracturen. Leipzig 1893.

Beausoleil doct. R. — Sur un cas de laryngocèle. Bordeaux 1894.

— Occlusion osseuse congènitale de la partie posterieure des fosses nasales. Bordeaux 1894.

Wright dott. J. — Papillary hypertrophy of the nasal mucous membrane compared with a true papilloma. New-York 1894.

Bresgen dott. M. — Die Anwendung der Elektrolyse bei Verkrummüngen und Verdrehungen der Nasenscheidewand sowie bei Schwellung der Nasenschleimhaut. Wien 1894.

De Giaxa prof. V. — La diffusione della difterite in Italia. Napoli 1894.

Lordi prof. G. — Considerazioni cliniche e diagnosi dei tumori addominali. 10 Laparatomie ed altri casi di chirurgia. Napoli 1894.

Cassanello dott. S. E. — La traqueotomia y el entubado de la glotis. Montevideo 1893.

Damato dott. V. — Patogenesi e terapia delle metrorragie puerperali. Roma 1895.

La Redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori.

PARTE ORIGINALE

IL SIERO ANTI-DIFTERICO A NAPOLI

Nel desiderio di tenere a giorno i nostri lettori delle quistioni che si agitano intorno all'interessante argomento della Sieroterapia, nelle sue applicazioni alla difterite, ci siamo decisi a publicare una raccolta di lavori e di osservazioni che non solo portano un utile contributo terapeutico, ma attestano che oramai v'è un siero fabbricato a Napoli, di ottima qualità, preparato dal prof. De Giaxa. Perciò, dopo aver riportata la comunicazione del prof. Massei alla R. Accademia Medico Chirurgica di Napoli, nella seduta del 24 febbraio u. s., non abbiamo saputo fare a meno dal riprodurre quella assai interessante del dott. A. Zinno che, nella stessa tornata seguì a quella del Massei, e riflette appunto la *preparazione del Siero;* in ultimo, abbiamo avuto cura di riunire le osservazioni di crup e difterite nelle quali è stato adoperato il Siero de Giaxa. Crediamo di aver compito un dovere e fatta cosa non discara per chi ci fa l'onore di leggere.

Ulteriore contributo alla Sieroterapia nella difterite

pel prof. F. MASSEI

Ai casi precedentemente narrati sono felice aggiungerne altri, non tanto per ingrossare la cifra delle mie personali osservazioni, quanto per ribadire taluni punti di grave momento nella Sieroterapia applicata alla difterite.

Ho riferito la prima volta di 4 casi, e poi di 12; a queste 16 osservazioni ne aggiungo ora altre 5: sono così, in tutto, 21.

Queste ultime io posso compendiare nel seguente modo: 2 casi di difterite faringea; 3 di crup.

Mi fermerò sulle cose più salienti, cominciando dal dire che in questi 5 ultimi infermi, la diagnosi batteriologica confermò la diagnosi clinica di difterite, e sempre accertò che si trattava di forme associate.

I 2 casi con localizzazione faringea, riguardano un bambino d'un anno

e mezzo, visto dal dottor Damieno, ed un uomo di 65 anni, osservato da me in sua compagnia.

Il 1° guarì, l'altro soccombette.

Nel bambino, la forma morbosa, clinicamente parlando, non appariva grave (v'era essudato piuttosto scarso sulle tonsille e sulla parete posteriore della faringe); ma è interessante notare che durante il periodo morboso, si svolse una bronco-pneumonite a sinistra, la quale decorse favorevolmente ed in ottava giornata la guarigione era assicurata. Fu iniettato il N. II del siero di Behring.

È certamente meno comune la difterite negli adulti; insolita quella nella tarda età.

Nel 2° infermo, al quale ho alluso, alle 13 del giorno 13 febbraio, iniettai il N. III del siero Behring; alle 23 era cadavere!

Non ho bisogno di spendere molte parole per dimostrare di quale forma ipertossica si trattasse, una volta che l'esito letale, così rapido, n'è triste comprova. A parte le considerazioni sull'età, rileverò i seguenti dati: l'infermo, di carattere strano, ma robusto e lavoratore, un tipo di forte tempra piemontese, da 3 giorni avvertiva malessere ed un fastidio alla gola: non se ne dette per inteso, e solo la sera precedente alla sua morte, colpito da gravi fenomeni di stenosi laringea, cercò asilo in casa di alcuni suoi amici. Ad un primo collega, chiamato d'urgenza, successe il bravo dottor Maurino, il quale esplorate le fauci, riscontrò notevole infiltrazione della tonsilla destra e del corrispondente lato del velo pendolo.

L'indomani, quando il Collega mi volle a consulto e vedemmo l'infermo, fu, come me, sorpreso dalla presenza d'una grossa placca difterica in via di formazione, che ricopriva l'infiltrato lapideo delle parti testè ricordate; allora soltanto la diagnosi apparve chiara. Aggiungo che i sintomi dispnoici erano di poco migliorati ed il laringoscopio svelò una notevole infiltrazione dell'epiglottide, la quale nascondeva la cavità laringea: l'edema dei tessuti esterni guadagnava quasi il torace, dal lato destro, e deformava stranamente la fisonomia di quello sventurato.

Discussi della tracheotomia e la scartai (la intubazione non era possibile eseguire in grazia della colossale infiltrazione dei tessuti), perocchè, malgrado la laringostenosi, prevalevano i fenomeni tossicoemici ed a quelli l'ammalato soccombette, senza neppure avere l'ultimo bacio del figliuolo che corse a precipizio da Torino!

Qui, chiaramente, la *lesione iniziale* (*sit venia verbo*), si svolse nelle pliche glosso-epiglottiche: la trascuraggine del paziente, la sede inaccessibile ai mezzi di osservazione comune, concorsero ad aggravare una forma ch'era sorta grave: in una lotta così disuguale ed impegnata così tardi, l'antitossina non poteva riportare la palma.

Sarebbe stata mai efficace se adoperata due giorni avanti? Io non oso affermarlo: malgrado il mio giustificato entusiasmo, temo, in fondo all'a-

nima, che vi siano sempre, nella difterite, come in altre infezioni ed in tutte le malattie, manifestazioni ribelli alla più efficace e razionale terapia.

I 3 casi di crup difterico dei quali vado a dar loro contezza, servirebbero, o Signori, a persuadere i più scettici; ma mostrano pure che senza l'aiuto chirurgico, il siero antidifterico rischierebbe di essere assai severamente giudicato.

1.° Caso — Una vezzosa ed intelligente bambina di anni 2, da 14 giorni aveva presentato sintomi rilevanti di catarro laringo-tracheale con curiose alternative. Da 3 giorni i fatti laringei predominavano e la febbre ingagliardiva. Quand'io la vedo (6 febbraio), la cianosi è pronunziata, lo stertore grave, il rientramento epigastrico caratteristico. Sulla tonsilla sinistra una grossa falsa membrana.

I dottori Fuccia e Jappelli hanno fatto presentire alla famiglia che bisogna intervenire chirurgicamente ed io, dopo le debite riserve pei diretti pericoli (visto lo stato grave della laringostenosi), propongo, prima di sciupare siero, di assicurare la libera respirazione.

Al primo tentativo d'intubazione, io avevo imbroccato l'esofago (è quello che quasi sempre avviene) e perciò ritirai il tubo immediatamente, quando la bambina è colpita da un terribile accesso di soffocazione che tocca l'apnea. Il volto blù, il capo inerte, le mascelle contratte: con un supremo sforzo, il dottor Damieno divarica le mascelle ed io metto il tubo in laringe in men che il dica: invano, la bambina non respira..... ma il cuore batte ancora. Etere, respirazione artificiale e trazioni linguali la resuscitano, dopo 30 minuti.

S'inietta il siero Behring N. II e d'allora le cose vanno a gonfie vele; sin la nefrite (preesistente) scompare del tutto. Ma la febbre durò varii giorni, con costanti remissioni ed esacerbazioni, gradatamente decrescenti.

2° Caso — Un robusto bambino di 4 anni, da 3 giorni presenta i segni classici d'un morbillo confluente, e da 24 ore, o poco più, sintomi di laringostenosi.

I dottori Ricciardi ed Omodei mandano per me. Nulla sulle fauci. Pratico agevolmente l'intubazione il 14 febbraio, e durante questa vien fuori pus e secreto fioccoso, che per la sua densità m'impressiona. Lo raccolgo, ne faccio innesti in agar glicerinato e l'altra parte diluisco in acqua sterilizzata, da cui fatti dei preparati si rileva la presenza dei bacilli di Löffler, cosa ch'è confermata dalle caratteristiche colture in capsule Petri.

Poche ore dopo l'intubazione, inietto il siero. Dopo 19 ore si può togliere il tubo; il bambino non ha più segni di laringostenosi, ma ciò malgrado affanna terribilmente e mentre le urine rivelano prima la presenza di carbonato ammonico e dopo parecchie ore quella di acetone, si dichiara una classica pneumonite a destra.

Tengo a notare che dopo 24 ore, là ove il soffio bronchiale e l'ipofo-

nesi erano classicamente rilevabili, subentrano lieve mattezza e rantoli che accennano a liquefazione dell' essudato; e sebbene dopo 3 giorni la pulmonite si sia ripetuta a sinistra, a capo di 9 o 10 giorni la guarigione era assicurata.

Meritano riguardo, in questa osservazione, l'importanza della diagnosi bátteriologica, senza la quale, in periodo così precoce, si sarebbe pensato ad una semplice laringite morbillosa; nè va dimenticato il decorso benigno della doppia pulmonite, che da principio faceva tanto temere.

3° Caso — Fu portata al Cotugno una bella bambina di 4 anni, ammalata di crup da 3 giorni: s'iniettò siero, una e due volte, ma i fenomeni dispnoici erano così salienti, che mi s'invitò per l'intubazione, il giorno 15 febbraio.

Era anche questa volta assistito dal dottor Damieno (cui tengo a ringraziare pubblicamente per l'efficace cooperazione e le pazienti indagini batteriologiche), e dal dottor G. Belfiore, che, con zelo superiore a qualunque elogio, ho speso la sua efficace opera in questo, come in altri casi di difterite ricoverati nel Cotugno.

Il tubo lungo di O' Dwyer provoca quasi apnea; aspetto pochi secondi e lo ritiro: la bambina dà un forte colpo di tosse e caccia fuori un grosso gomitolo di false membrane. Dico così, per alludere alla spiccata liquefazione delle stesse, per cui rassomigliavano a densi sputi di vecchi catarrosi. Reintroduco il tubo; ma la respirazione non si compie liberamente; segno che giù, in trachea, v'è altro materiale distaccato.

Allora mi decido a mettere in laringe uno dei tubi *larghi e corti*, che tengo a mostrare loro, perchè sono davvero preziosi nel secondo periodo (distacco delle membrane) e quando il processo è diffuso alla trachea.

Solo così potetti risparmiare una tracheotomia rapida.

Calma perfetta; ma la notte il tubo è cacciato con la tosse e quando alle 8 del mattino seguente arrivo all'Ospedale, trovo la bambina moribonda.

Ripeto la intubazione; il tubo d'allora non si sposta e dopo 82 ore il dottor Belfiore lo ritira, senza incidenti e senza che sia necessario riapplicarlo.

Ecco in tutto 21 caso; 18 guarigioni, 3 morti (mortalità di meno del 15 %). Parecchi di questi, da me dettagliatamente narrati, trovano, nelle ricerche batteriologiche la conferma della loro gravezza, sicchè non val la pena discutere della efficacia del siero. È una cifra che conforta e ch'io lascio bruta, per amor di verità; ma se per poco pensiamo al tardissimo intervento in 3 casi, fino a mancare il tempo in cui il rimedio avesse spiegato i suoi effetti; se pensiamo alla stenosi, che ne uccise 2, resterebbero, eliminati questi, 18 casi, tutti guariti.

Ho grande interesse a far rilevare che, fra le dette 21 osservazione,

ve ne sono 12 che riguardano localizzazioni laringee (cioè 12 casi di crup). Di questi infermi, 2 soli sono morti: i risultati mi paiono assai incoraggianti; e se si eliminano, per le ragioni anzidette, i 2 morti, restano 10 casi ed altrettante guarigioni.

Ma di questi guariti, in 2 soli ho potuto fare a meno della intubazione, quando cioè arrivai a tempo, prima che i fenomeni di stenosi si accentuassero. Negli altri, tranne varie eccezioni, dovetti incominciare dalla intubazione, tanto era grave la dispnea.

Or bene, i grandi vantaggi di questa operazione emergono a chiare note e si riflettono soprattutto sulla efficacia del siero, in quanto che se 8 volte io non avessi scongiurata la soffocazione, avremmo avuto altrettanti insuccessi: in tutto, cioè, 11 morti sopra 21 caso, ossia una mortalità di più del 50 %! E come la intubazione ha servito a mettere in rilievo la efficacia del siero nel crup, ha oramai distrutto i principali inconvenienti della intubazione, rendendola indiscutibilmente l'operazione preferita dalle famiglie e preferibile dai chirurgi.

Una ultima considerazione riguardo alle dosi: per conto mio, io debbo francamente dichiarare che, spesso è bastata una sola iniezione; eppure in questi 21 caso, una sola volta ho constatato paralisi postume.

Non intendo dire assolutamente che sia sempre sufficiente una sola dose, ma i criterii che debbono guidare il medico nella scelta e nella ripetizione di questa, devono ispirarsi ai dati clinici: miglioramento dello stato generale innanzi tutto, e poi modificazione nell'aspetto delle false membrane.

Per il crup laringeo, questi criterii non possono valere se non dopo avere assicurata la libera respirazione compromessa, sovente, dagli stess vantaggi del siero; il quale fluidifica, favorisce ed accelera il distacco delle false membrane. Pretendere che dopo 6 a 12 ore i sintomi crupali si dileguino, e la difterite guarisca, o trarre da una stazionarietà dei fatti, dopo così breve tempo, argomento per iniettare novello siero, mi sembra una pratica se non irrazionale, ispirata ad una fede cieca, che per essere eccessiva, potrebbe essere qualche volta anche vacillante.

Io non so terminare senza annunziare, con sincera gioia, a questo dotto Consesso, che Napoli oramai ha il suo siero antidifterico, fabbricato in casa, efficace quanto quello di Behring, ad assai buon mercato.

Grazie alla operosità ed alla perizia del Prof. de Giaxa, cui mando in questo momento un riverente saluto, malgrado la ristrettezza dei mezzi e la difficoltà del compito, egli è riuscito a fornirci il prezioso rimedio, garentito dal suo nome rispettato e dai portentosi e matematici effetti sugli animali, come hanno avuto agio di vedere, privatamente, varii dei più dotti Professori del nostro Ateneo.

Con la fede la più fervente, io che, come semplice spettatore, avea

tenuto dietro alle relative pratiche, dalla preparazione delle tossine alla estrazione del siero, sono felice di soggiungere che in 2 dei 3 casi di crup testè riferiti, è stato adoperato il siero del Prof. de Giaxa; parlo della bambina ricoverata nel Cotugno, e di quello con morbillo, della mia pratica privata. I risultamenti non potevano essere migliori, come i casi non potevano essere più dimostrativi.

Io sento battere forte il cuore quando, come Napoletano, penso che, superando difficoltà e ristrettezze, Napoli sia tra le prime città d'Italia a fornire il siero antidifterico; quando prevedo che la scrupolosità, la perizia, la solerzia con le quali il siero è stato prodotto, gli assicureranno presto una fama incrollabile, e posso sinceramente goderne, perchè noi Napoletani, anche quando facciamo quistioni di campanile, ci sentiamo Italiani più di ogni altro, e più di ogni altro Italiano godiamo che la gloria nostra, sia gloria della patria comune!

Della produzione del siero antidifterico in Napoli

pel Dott. ANDREA ZINNO

Il Comitato costituitosi in questa città per la fondazione di un Istituto di Sieroterapia allo scopo di non ritardare il beneficio del siero antidifterico, ne affidava frattanto la preparazione al Prof. de Giaxa, pregandolo di valersi degli apparecchi dell'Istituto d'Igiene. Il Prof. de Giaxa, anche per l'interesse che tale preparazione presentava sotto il punto di vista scientifico, accettava di buon grado l'incarico, e, coadiuvato dai Dott. P. Lenti ed A. Zinno, nonchè dal Dott. A. Giangrieco di questa Scuola Veterinaria, dava, nella seconda metà del Novembre dell'a. s., principio al lavoro. — Se io oggi riferisco a questo Illustre Consesso sull'argomento, lo faccio perchè i risultati ottenuti concorrono a vieppiù assodare il metodo di preparazione e l'efficacia del siero Behring, e perchè credo non privo d'importanza l'accennare ad una modificazione da noi adottata nel processo di preparazione.

Il microrganismo usato nella preparazione delle tossine è stato isolato da un caso di difterite di media intensità, avvenuto nella ragazza Denozza Clelia, curata con esito felice dal Prof. Massei. I fenomeni clinici non furono molto gravi, la difterite avendo avuta una localizzazione prevalentemente nasale. Dalle pseudo-membrane tolte dalla narice sinistra, e che al microscopio facean notare abbondanti i bacilli della difterite, furon fatte placche in agar glicerinato. Su di esse, dopo il soggiorno di 24 ore nella stufa a 35° C., notavansi molte colonie caratteristiche, rotondeggianti, col centro rilevato, che al microscopio mostravano l'aspetto classico del b. della difterite; gl'innesti in brodo producevano un forte de-

posito, con formazione di notevole membrana alla superficie. Insomma, per non dilungarmi, dirò in breve, che detto bacillo diligentemente esaminato rispondeva a tutti i caratteri proprii al b. di Löffler. Esso mostrava pure una notevole virulenza: una coltura in brodo di 48 ore, iniettata nella cavità pleurica a due cavie di 600 gr., e sottocutaneamente a due cavie di 450 gr. ognuna, nella proporzione di $^1/_{10}$ di cmc., le uccise in meno di 48 ore. Alla sezione notavasi forte imbibizione sierosa sottocutanea, forte versamento peritoneale e pleurico d'ambo i lati, iperemia di tutti gli organi, specie del fegato, della milza e dei reni, congestione pulmonale. Dal connettivo sottocutaneo delle cavie inoculate ipodermicamente furon fatti innesti negli ordinarii terreni di nutrizione, che diedero sviluppo a cultura pura di b. della difterite.

Da detto bacillo, del quale si era così assodata l'identità e la virulenza, siamo partiti per la preparazione delle tossine. Per non espormi ad inutili ripetizioni dirò, che si è cercato di mantener sempre virulento il bacillo isolato, iniettandolo ogni otto giorni sotto la cute a due cavie di peso presso a poco costante (350 a 400 gr.), e separando sempre il bacillo dal tessuto sottocutaneo della cavia morta.

Detto bacillo, preso sempre da una cultura di 48 ore in brodo a 35°C, veniva innestato nelle fiale contenenti brodo sterilizzato. Il brodo veniva preparato nel modo ordinario dalla carne di bue senza grasso, aggiungendovi il 2 % di peptone ed il $^1/_2$ % di cloruro sodico, con palese reazione alcalina. Il brodo si divideva in matracci d'Erlenmayer con tubulatura laterale (differenti dai vasi di Fernbach), in modo che in un matraccio di un litro e mezzo a due, venivan messi 300-400 c. c. di liquido, che riempivano detti vasi per cinque a sei centimetri di altezza. Dopo completa sterilizzazione all'autoclave, venivano ricoperti, togliendo cautamente il turacciolo di ovatta, con un cappuccetto di cautchou con un foro pel quale passava, a perfetto contatto, un tubo lungo di vetro, chiuso al suo estremo superiore con un batuffoletto di ovatta, il tutto sterilizzato previamente a vapore. I matracci, dopo fatto l'innesto col b. della difterite, erano posti nella stufa a 35 C. e mantenutivi per alcuni giorni fino a manifesta formazione di sedimento e pellicola. Trascorso il detto lasso di tempo, l'estremo inferiore del tubo di vetro lo si lasciava affiorare *quasi* il livello superiore del liquido, mentre l'estremo superiore del detto tubo riunivasi con quelli provenienti da altri matracci, in modo da ottenersi un unico tratto di caoutchou che mettevasi in rapporto con uno speciale apparecchio di misurazione e filtraggio dell'aria. Questo apparecchio era fatto da un grosso tubo pieno di ovatta sterilizzata e aperto ai due estremi, dei quali l'inferiore era connesso con un contatore, ed il superiore con una boccia di Woulff a due gole, riempiuta quasi a metà di acqua distillata sterilizzata. Le fiale colle culture, come abbiamo detto, avevano vicino al collo un tubo laterale, la cui estremità libera era stata fin dal principio chiusa con ovatta, ed ora veniva messa in connessione

con uno dei bracci di un tubo di ottone, il quale comunicava con una pompa ad acqua. Facendo funzionare questa, avevasi un'aspirazione di aria che filtrava attraverso l'ovatta, nella boccia di **Woulff** caricavasi di vapore acqueo, e passava quindi a sfiorare il livello superiore del liquido di cultura delle tre o quattro fiale. Il passaggio dell'aria era regolato in guisa da aversi per ogni matraccio un passaggio di 4-5 litri l'ora.

In siffatta guisa venivasi ad adottare il metodo di Roux, con cui si ottiene una più sollecita saturazione del liquido con tossine, favorendola il contatto rinnovato dell'aria.

Tanto nel metodo di preparazione del siero antidifterico secondo Behring, che in quello secondo Roux, si adopera durante tutto il periodo della immunizzazione dei cavalli la medesima tossina, attenuandola nel principio o col calore, o con sostanze chimiche, o con semplice diluizione. Per motivi facili a comprendersi, noi abbiamo creduto fosse utile di evitare la attenuazione della tossina per le prime iniezioni, adoperando invece da principio tossine meno concentrate, ossia provvenienti da colture più giovani. A vero dire, la prima idea era stata quella di iniettare ai cavalli tossine provvenienti da colture più vecchie di 1 o 2 giorni delle anteriori. Ma per varie circostanze questa progressione non potè essere attivata nella sua iutegrità, bensì solo parzialmente.

Invero, la prima tossina usata si ebbe da una cultura fatta sviluppare, nel modo poco innanzi descritto, per 14 giorni; aggiunto al liquido lo 0,3 °/₀ di tricresolo, si è filtrato attraverso carta pergamena artificiale (mercè aspirazione con pompa di Geissler) e si è conservato in bocce oscure, quasi perfettamente riempiute. Le esperienze fatte sulle cavie per assodare il potere tossico hanno dato i seguenti risultati:

1.	Cavia	350 gr.	$^1/_2$ cc.	di	toss.	Morta	dopo	40	ore
2.	»	340 gr.	$^1/_2$	»	»	»	»	42	»
3.	»	345 gr.	$^1/_5$	»	»	»	»	48	»
4.	»	320 gr.	$^1/_5$	»	»	»	»	46	»
5.	»	330 gr.	$^1/_{10}$			Sopravvissuta			
6.	»	340 gr.	$^1/_{10}$			»			

Sicchè la prima tossina adoperata era capace di uccidere una cavia di oltre 300 gr. di peso, alla dose di due decimi di cc. in circa 48 ore.

La seconda tossina fu tolta da una cultura fatta sviluppare per 22 giorni. Essa non venne filtrata, ma semplicemente decantata, separandola dal forte accumulo di batterii raccolti al fondo. La tossicità di questa seconda tossina era:

1.	Cavia	di	360 gr.	$^1/_2$ cc.	di	toss.	Morta	dopo	24	ore
2.	»	»	340 »	$^1/_{15}$	»	»	»	»	»	»

3.	»	»	360	»	$^1/_{15}$	»	»	»	»	»	»	»
4.	»	»	345	»	$^1/_{15}$	»	»	»	»	»	»	»
5.	»	»	350	»	$^1/_{20}$	»	»	»	»	»	30	»
6.	»	»	355	»	$^1/_{20}$	»	»	»	»	»	32	»
7.	»	»	360	»	$^1/_{30}$	»	»	»	Sopravvissuta			
8.	»	»	340	»	$^1/_{30}$	»	»	»	»	»	»	»

Aveva quindi un potere tossico di $^1/_{20}$ di c. c. per cavie di 350 gr. che con detta dose morivano in 32 ore circa.

Una ultima tossina fu tolta da una cultura lasciata sviluppare per 31 giorni. Anche questa fu ottenuta semplicemente per decantazione della cultura e pel resto fu trattata come le precedenti.

I risultati della sua tossicità sono i seguenti:

1.	Cavia	320	gr.	$^1/_5$	cc. toss.	Morta	dopo	22	ore
2.	»	300	»	$^1/_{10}$	»	»	»	28	»
3.	»	290	»	$^1/_{20}$	»	»	»	30	»
4.	»	300	»	$^1/_{50}$	»	»	»	30	»
5.	»	290	»	$^1/_{50}$	»	»	»	36	»
6.	»	300	»	$^1/_{100}$	»	»	»	48	»
7.	»	310	»	$^1/_{100}$	»	»	»	50	»
8.	»	300	»	$^1/_{150}$	»	Sopravissuta			
9.	»	280	»	$^1/_{200}$	»	»			

Successivamente, a meglio assodare i risultati molto importanti che apparivano dal precedente esperimento, furono fatte le seguenti prove:

1.	Cavia	330	gr.	$^1/_{100}$	cc.	Morta	dopo	48	ore
2.	»	290	»	$^1/_{100}$	»	»	»	46	»
3.	»	300	»	$^1/_{100}$	»	»	»	50	»
4.	»	280	»	$^1/_{150}$	»	Sopravissuta			

Debbo aggiungere che le cavie rimaste in vita, sono andate poi man mano deperendo, finchè molte di esse dopo 12 a 15 giorni sono morte col quadro della intossicazione cronica descritta da Behring.

La 3ª tossina ottenuta era perciò capace di uccidere sicuramente una cavia del peso di 300 gr. con $^1/_{100}$ di centimetro cubico in circa 48 ore, Aveva insomma un potere tossico altissimo.

Queste tre tossine così ottenute sono state iniettate nei due cavalli sottoposti allo esperimento.

Per le ragioni pocanzi accennate, si è cominciato coll' iniettare due centimetri cubici della 1ª di esse, effettuandosi così una grande economia di tempo rispetto a quello impiegato da altri e che certamente, senza

tema, avrebbe potuto essere molto minore, specie se adottato integralmente il metodo della iniezione di tossine di continua crescente tossicità.

Le iniezioni venivan fatte con siringhe adatte, che prima e dopo venivan lavate con soluzione di carbonato di soda al centesimo e poi con acqua sterilizzata. La sede delle iniezioni fu prevalentemente la laterale del collo, e quella della spalla d'ambo i lati. Il sito veniva prima delle inoculazioni diligentemente disinfettato.

In seguito alle iniezioni, i cavalli presentavano edema locale che, dapprima limitato, divenne col crescere delle dosi della tossina molto diffuso. Con piccole dosi non si ebbe reazione febbrile, con le alte, invece, la temperatura salì fino sopra ai 40°, accompagnata da lieve malessere generale. Come s' intende non ripetevasi l'iniezione se prima gli effetti della precedente non erano del tutto scomparsi.

Dalla tabella che segue si può rilevare tutto l' andamento dell' esperienza nel cavallo adoperato, e dico nel 1°, perchè volendosi ottenere dal secondo un siero di un valore antitossico maggiore, è ancora sottoposto alle iniezioni e non è stato per anco fatto su di esso un salasso di prova.

Cavallo storno, di anni 10, del peso di Kgr. 422

13 Dic.	In osservazione Temp. 37.6.							
13 »	Iniezione di malleina (1 cc.) *non ha dato reazione di sorta.*							
14 »	Iniez.	di	3 cc.	di tos.	(N. 1)	T. dopo 8 ore	37.8	lieve ed.
20 »	»	di	5 cc.	»	»	»	37,8	»
22 »	»	di	7 cc,	»	»	»	37,4	»
23 »	»	di	10 cc.	»	»	»	37,5	»
25 »	»	di	14 cc	»	»	»	37	Ed. est. per 11 cm.
27 »	»	di	17 cc.	»	»	»	37	Ed. est. per 16 cm.
29 »	»	di	20 cc.	»	»	»	37,5	Edema notevole
31 »	»	di	30 cc.	»	»	»	37,5	Ed. est. 20 cm. che dura tre giorni
4 Genn.	»	di	30 cc.	»	»	»	37,3	Edema est. 18 cm.
7 »	»	di	30 cc.	»	»	»	37	» » 21 »
10 »	»	di	10 cc.	»	(N. 2)	»	37,4	» » 28 »
12 »	»	di	20 cc.	»	»	»	37,4	» » 28 »
14 »	»	di	40 cc.	»	»	»	37,9	» » 35 »
16 »	»	di	60 cc.	»	»	»	38	» » 40 »
19 »	»	di	70 cc.	»	»	»	38	Edema assai diffuso
22 »	»	di	100 cc.	»	»	»	38,9	Ed. est. per 40 cm.
24 »	»	di	100 cc.	»	»	»	39,3	Edema diffuso
28 »	»	di	100 cc.	»	(N. 3)	»	38,5	»
31 »	»	di	250 cc.	»	»	»	38,5	»

1 Feb. » » 39,2
2 » » 38,6
6 » Salasso di prova (1 litro) ed indi iniez. di 200 cc. Temp. 38,1

Sicchè al cavallo, in venti iniezioni si iniettarono 1134 cc. delle 3 tossine.

Il salasso di prova, come pure il successivo, furono praticati nel seguente modo. Dopo aver diligentemente disinfettata la regione laterale del collo, s'incisero i tegumenti fino a mettere la giugulare allo scoverto. Con la compressione si fece divenir turgida la vena, e quindi s'intromise nel lume di essa una cannula construita a bella posta con l'estremità tagliata a becco di flauto ed appuntita. L'altro estremo della cannula fu unito ad un tubo di cautchou che, come la cannula, era stato precedentemente sterilizzato. La cannula ed il tubo di caoutchou si riempirono con soluzione sterile di carbonato sodico all'1 % per impedire la coagulazione del primo sangue nell'apparecchio.

Introdotta la cannula nella giugulare e fatta scorrere una piccola porzione di sangue col liquido alcalino, si raccolse il sangue in un cilindro di vetro previamente sterilizzato. Il sangue fu con ogni cautela messo in una ghiacciaia e quivi tenuto per tre giorni, dopo dei quali fu possibile, aspirando con pipetta sterilizzata, raccogliere 300 cc. circa di siero. Ad esso si aggiunse 0,5 % di fenolo, filtrando poi per allontanare il precipitato formatosi. Il liquido limpidissimo, di color giallo citrino, così ottenuto, fu conservato in boccia oscura, e tenuto fuori il contatto della luce.

Con detto siero vennero fatti molteplici esperimenti, per assodarne il valore antitossico.

Si fece il controllo secondo Behring iniettando alle cavie del peso di 250-300 gr. il decuplo della dose minima letale (tossina N. 3 = 0,01) con aggiunta di siero in varie proporzioni, portato il miscuglio al volume di 4 cm. coll'aggiunta di soluzione di cloruro di sodio (0,75 %) sterilizzata.

Col metodo di Roux, invece, ad iniezioni di siero fatte in proporzione al peso dell'animale (da $^1/_{10000}$ ad $^1/_{100000}$ di esso) si fecero succedere dopo dodici ore iniezioni di 0,25 cc. di cultura virulentissima del bacillo della difterite.

Espongo nelle seguenti tabelle i risultati ottenuti:

Metodo di Roux

Cavia	450 gr.	siero $^1/_{100000}$	cultura 0,25	morta dopo 6 giorni
»	450 gr.	» $^1/_{50000}$	» 0,25	viva
»	480 gr.	» $^1/_{50000}$	» 0,25	viva
»	470 gr.	» $^1/_{10000}$	» 0,50	viva

»	530 gr.	cult. 0,25	controllo	morta dopo 18 ore
»	520 gr.	» 0,25		morta dopo 20 ore

Metodo Behring

Cavie	290 gr.	toss. 0,1 cc.	siero 0,01	cc.	viva	
»	300 gr.	» »	» 0,005	»	viva	
»	370 gr.	» »	» 0,004	»	viva	
»	295 gr.	» »	» 0,003	»	viva	
»	300 gr.	» »	» 0,002	»	viva	
»	275 gr.	» »	» 0,001	»	viva	
»	310 gr.	» »	» 0,001	»	viva	
»	308 gr.	» »	» 0,001	»	viva	
»	310 gr.	» »	» 0,00075	»	viva	infiltrazione
»	310 gr.	» »	» 0,00075	»	viva	
»	270 gr.	» »	» 0,00075	»	viva	
»	260 gr.	toss. 0,01 controllo			morta dopo 48 ore	
»	300 gr.	» »			» » 54 »	
»	310 gr.	» »			» » 36 »	
»	300 gr.	» »			» » 40 »	

Gli esperimenti ora esposti circa al controllo dell'efficacia del siero non sono che una porzione di quelli istituiti: dai risultati avuti possiamo con tutta coscienza asserire che il siero ottenuto dal cavallo N. 1 è di incontestabile efficacia, dappoichè esso ci rappresenta un potere immunizzante superiore a quello di un siero 100 normale, essendo $^{1}/_{1000}$ di cc. bastato ad immunizzare del tutto le cavie di 250-300 gr. contro il decuplo della dose minima letale di tossina, e rispettivamente, se iniettato 12 ore prima nel rapporto di $^{1}/_{50000}$ del peso del corpo a cavie di 400-500 grm. le preserva dalla infezione con 0,25 cm. c. di una coltura virulentissima di difterite. Sicchè volendo equiparare una dose del nostro siero a quella del siero N. 1 di Behring, avremmo che le *600 unità immunizzanti sono contenute in 6 cm. c. di siero.* Non è superfluo l'accennare che in tutte le cavie cui fu iniettato il siero e sono sopravvissute, meno le tre ultime, mancò pure ogni e qualsiasi segno di reazione al sito di iniezione, mentre si ebbe costantemente anche nelle cavie iniettate con dosi piccole di tossina, inferiori alla letale (0,005 cm. c.). Dopo il salasso di prova, allo stesso cavallo si fecero due iniezioni di tossina N. 3, iniettando colla prima 250 c. c., e colla seconda 200 c. c., ed il giorno 21 febbraio si praticò un salasso, estraendo 3 litri di sangue, da cui si ebbero 700 cm. c. di siero, la cui efficacia si sta controllando.

Il nostro siero N. 1 fu già sperimentato con esito felice dal chmo Prof. Massei su più ammalati, ed egli fra breve ne riferirà.

Al cavallo N. 2 d'anni 7, del peso di Kg. 380 sinora si iniettarono

1320 cm. c. di tossina, e fra pochi giorni si procederà al salasso di prova, volendosi avere da esso il siero N. 2, che noi, escludendo la preparazione di un siero N. 3 vorremmo dosare con 1200 unità immunizzanti.

Lo stesso cavallo ci diede sempre reazione locale e generale alquanto più intensa che il cavallo N. 1.

Due casi di crup laringeo

pel dott. SALVATORE RICCIARDI

Mi sono capitati, nello scorso mese, quattro casi di crup laringeo che curai con la sieroterapia. In tutti e quattro il successo è stato splendido; in due massimamente, nei quali si adoperò il siero de Giaxa, il risultato fu superiore ad ogni aspettativa; ragione per cui credo utile riassumere brevemente le due storie.

Ercole Bidello, di anni 4, di Nicola, che è operaio dell'arsenale, domiciliato 2ª rampa al Chiatamone, verso mezzodì del 13 Febbraio, dopo avere scherzato la mattinata con gli altri bimbi, è preso da malessere, difficoltà di respiro, tosse aspra, febbre alta. La sera osservai il ragazzo e feci diagnosi di crup laringeo.

Proposi l'iniezione del siero antidifterico, ma la famiglia, sia perchè comprendesse stranamente la cosa, sia perchè le risorse finanziarie non lo consentissero, respinse i miei consigli. Preoccupato per la sorte del fanciullo, incitai il padre a consultare il prof. Massei, non senza avvertirlo che la titubanza avrebbe potuto costar cara al figlio e che il domani oltre che all'iniezione si sarebbe dovuto ricorrere alla intubazione della laringe. Al mattino volli rivedere il ragazzo.

Le sue condizioni, dopo una notte di sofferenze, erano assolutamente peggiorate, e su tutta la pelle si riscontrava l'esantema morbilloso. Insistetti per l'intervento del prof. Massei, il quale, invitato, procedeva alle ore 13 del 14 Febbraio alla iniezione del siero antidifterico del Giaxa dopo aver praticata la intubazione della laringe.

Nella notte seguente il bambino fu molto sofferente: si manifestò anuria, che durò 24 ore e consecutivi fenomeni di uremia. Ma già al mattino appresso il bambino era abbastanza calmo e con molta docilità si sottoponeva alla mia osservazione.

La febbre era scemata, il respiro abbastanza calmo, la cianosi del volto diminuita, non scomparsa del tutto; alla spalla sinistra riscontrai ipofonesi e tutte le note di una pulmonite che, a volerla giudicare dalla assoluta e compatta ottusità, avremmo dovuta ritenere una vera pulmonite lobare.

Il giorno seguente l'ottusità era molto scemata e con essa tutta la sindrome fenomenica.

Dopo due giorni, nuova pulmonite a sinistra, che egualmente risolvette presto e felicemente, e subito dopo il ragazzo si levò di letto completamente guarito.

Il reperto batteriologico fu positivo, mostrando la presenza di bacilli della difterite, nonchè di streptococchi e stafilococchi.

G. Pignatelli venne a visitare il bambino Bidello nel tempo della malattia: dopo pochi giorni, il suo primo figliuoletto Amerigo fu preso da crup. Curato con la sieroterapia è guarito: quasi contemporaneamente l'altro figlio minore Umberto fu preso egualmente da crup: è appunto di questo ragazzo che riferisco la storia.

Umberto Pignatelli, di mesi 21, domiciliato a Piazza Municipio, presentò i primi sintomi di crup laringeo nella notte del 21 Marzo ed al mattino le sue condizioni erano molto interessanti. Il prof. Massei fu chiamato a vedere se fosse il caso di procedere alla sieroterapia: egli riscontrò alla spalla destra forte ottusità, forte affanno, polso frequentissimo, cianosi del volto e sudore freddo. In sulle prime, quasi sicuro che in quel caso si sarebbe contato un insuccesso, si rifiutò, ma cedendo alle mie reiterate preghiere, si piegò, sfiduciato e mal volentieri, all'idea dell'iniezione del siero: anche in questo caso fu iniettato quello del prof. De Giaxa.

Cosa incredibile a dirsi! Poche ore dopo, il bambino, tranquillatosi e riavutosi, sorrideva nelle braccia della madre, ed al mattino seguente il respiro era calmissimo, il ragazzo di buon aspetto, ancora un pochino cianotico, l'ottusità pulmonare assolutamente diminuita, la febbre a 39°: quest'ultima era legata alla comparsa dello esantema morbilloso.

Il prof. Massei dopo due giorni volle venire ad assicurarsi *de visu* di questo nuovo miracolo della sieroterapia ed anche in questo caso dovette ritenere come assolutamente portentoso il siero de Giaxa.

Il reperto batteriologico fatto in questo, come nel precedente caso, sempre dal prof. de Giaxa, rivelò presenza di bacilli della difterite e di streptococchi.

Dall'esposizione dei due casi clinici riferiti, possiamo venire a qualche conclusione:

a) L'intubazione è *utile*, ma non sempre *assolutamente* necessaria.

b) Nei due casi esposti, ed anche in altri due, ho veduto che il siero antidifterico ha pure agito favorevolmente contro le complicanti pneumoniti.

c) L'iniezione del siero antidifterico non provoca nefrite, come si è voluto dire aprioristicamente da qualcuno. Nel caso del Bidello, l'analisi dell'urina ci disse che l'anuria era data da fatti nervosi determinanti uno spasmo del collo della vescica. Nel secondo caso non si è avuto

nessun fenomeno di reazione morbosa. Osservo pure e, per mio conto, che quando ho iniettato il siero de Giaxa, questo mi è sembrato meglio tollerato.

Due casi di difterite faringo-laringea

pel dott. G. BELFIORE

Pubblico le storie cliniche di due infermi ricevuti all'Ospedale Cotugno e curati col siero preparato dal prof. De Giaxa, previa autorizzazione dell' Assessore per l' Igiene del Municipio di Napoli. La prima, comparsa già nell'*Archivio Internazionale delle specialità Medico-Chirurgiche*, Fasc. II, febbrajo 1895, riguarda una bambina affetta da difterite laringea; la seconda un giovinetto con difterite faringea.

I.

Tipaldi Amalia di a. 4, è ricevuta in Ospedale il giorno 14 febbraio 1895 alle ore 16.30.

Lo stato dell' inferma apparentemente non sembrava molto grave: non molto rilevanti i fenomeni di stenosi laringea. Alle fauci nessuna traccia di false membrane; le tonsille tumefatte, la mucosa nasale integra, lieve ingorgo delle glandole sottomascellari. All' ascoltazione toracica numerosi ronchi sibilanti e qualche rantolo a piccole bolle.

Due ore dopo l'entrata in Ospedale, i sintomi di stenosi laringea si resero più notevoli: respirazione stertorosa, (32 atti al m'.): durante l'inspirazione il giugulo, le fosse sopra e sottoclavicolari, l'epigastrio e gli ultimi spazii intercostali subivano una depressione abbastanza pronunziata.

Polso debole, piccolo, frequente (140 al m.) — Venne praticata una iniezione N. I del siero Behring e dopo circa 5 ore espulse una grossa falsa membrana spessa, lunga alcuni centimetri, di un colorito biancastro, ed osservata al microscopio notammo numerosissimi bacilli di Loeffler, molto piccoli e sottili, ed alcuni streptococchi. La notte passò tranquillamente, ma il dì seguente (15 febbraio) alle ore 11 si era molto aggravata. Durante le difficili inspirazioni vi era tale depressione dell'epigastrio, da sembrare che esso e l'ultima porzione dello sterno toccassero la colonna vertebrale. Il laringe si deprimeva notevolmente, ed il giugulo e le fosse sopra e sottoclavicolari subivano una profonda depressione; polso filiforme. Fu ripetuta una seconda iniezione, ma questa

volta col siero N. I preparato dal prof. De Giaxa. Dopo circa 5 ore dalla seconda iniezione, il prof. Massei praticò l'intubazione del laringe, in seguito alla quale la bambina espulse una certa quantità di false membrane spesse, voluminose, resistenti, elastiche, e così la respirazione si ristabilì completamente, senza presentare alcuna modificazione sino alla mezzanotte. Fu appunto in quest'ora che la bambina dietro un colpo di tosse cacciò fuori la cannula che aveva nel laringe, e la difficoltà respiratoria, determinata dall' accumulo delle altre pseudomembrane in via di disfacimento, andò crescendo a tal punto, che l'inferma poteva dirsi agonizzante, quando il prof. Massei alle ore 8.20 del dì seguente, con rara abilità, ripetè l'intubazione. Immediatamente gli atti respiratorii da 40 al m. scesero a 28, scomparve la cianosi notevole delle labbra, l'inferma riprese il suo colorito naturale, e rapidamente si avviò alla guarigione.

Al terzo giorno fu estratta la cannula dal laringe, quando dell'affezione locale non rimaneva più traccia rilevabile — dopo 9 giorni di dimora in Ospedale la bambina ne uscì guarita del crup, non rimanendo che qualche residuo della bronchite, che accompagnò la malattia sin dal suo inizio.

Nelle urine, raccolte la sera in cui l'inferma entrò in Ospedale, si notò discreta quantità di albumina, ma assenza completa di cilindri e di cellule renali.

Dopo due giorni trattate le urine col reattivo di Esbach, previa filtrazione, si ebbe un deposito di gr: 2 $^1/_2$. Esse presentavano, però, questo di particolare, che riscaldate non si aveva coagulo, rimanevano limpide, ed il coagulo si formava soltanto allorchè dopo il riscaldamento si aggiungeva qualche goccia di acido, ciò che indica chiaramente che si trattava di albuminati.

Dopo altri tre giorni nessuna traccia di albumina, nemmeno col reattivo dello Spiegler.

II.

Nicola Romano, di a. 13, ricevuto all' Ospedale Cotugno il giorno 7 marzo 1895 alle ore 18.

Godeva ottima salute quando il dì precedente all'entrata in Ospedale alle ore 11 avvertì brividi, cui seguì febbre abbastanza alta, e difficoltà nell'atto della deglutizione.

All' osservazione delle fauci si riscontrava notevole tumefazione delle tonsille, dei pilastri, dell'ugola e del faringe. Sulle tonsille e sul fondo del faringe si notavano delle false membrane, che all'esame microscopico fecero rilevare una vera coltura pura di bacilli di Loeffler.

Risultato identico hanno dato le colture in agar glicerinato. Il colorito di questo essudato difterico era bianco-grigiastro.

Voce alquanto nasale; respirazione normale (24 al m.); esame toracico negativo. Notevole tumefazione delle glandole cervicali e sottomascellari. Temperatura ascellare 38°.2. Venne immediatamente praticata una iniezione del siero N. I preparato dal prof. De Giaxa.

La notte passò tranquillamente. Il dì seguente la deglutizione era meno difficile. L'essudato che ricopriva le tonsille ed il fondo del faringe era diminuito sensibilmente dopo le 24 ore, anzi non rimanevano che piccole chiazze grigiastre sparse sulle due tonsille ed uno strato denso di colorito tendente al giallastro sul fondo del faringe, ma meno abbondante del dì precedente. Al terzo giorno, scomparsa completa di qualsiasi traccia di falsa membrana; non rimaneva che l'ingorgo delle glandole cervicali.

Dopo altri due giorni, l'infermo uscì dall'ospedale completamente guarito.

La temperatura, che prima dell'iniezione di siero era 38°.2, al mattino seguente discese a 37°, nè sorpassò più questo limite.

Nelle urine si riscontrarono tracce di albumina, che al terzo giorno erano scomparse.

Assenza di cilindri e di cellule renali.

Presentemente si trovano al Cotugno altri due bambini con difterite faringea, curati parimente col siero De Giaxa, ma di cui non possiamo pubblicare ancora le storie, riservandoci di farlo appena saranno usciti dall'Ospedale. Ci limitiamo a dire che uno di essi era di una gravezza eccezionale, ed ora, dopo 4 iniezioni di siero, non presenta che qualche lieve residuo delle primitive numerosissime placche. L'altro è guarito delle manifestazioni locali con due iniezioni ed in pochi giorni.

Dall'egregio Dott. E. Panunzio riceviamo quest'altra storia, che è di grande interesse:

Un grave caso di difteria faringea

pel Dott. E. PANUNZIO

Amelia Starace, di anni 5 ½, di ottima costituzione, ammalò il 23 febbraio 1895 con febbre a 39°, dolore nella gola, ove si notavano le tonsille ingorgate, e sulla sinistra una piccola placca bianco-grigiastra, della grandezza di due piccole lenti; niun ingorgo dei gangli cervicali, non abbattimento.

Il 24 la febbre era discesa a 38°, le forze sempre sostenute, nessun ingorgo dei gangli cervicali; però la difterite si era rapidamente diffusa, da ricuoprire di false membrane bianco-grigiastre non solo le tonsille, ma tutta la faringe, con diffusione alle fosse nasali, tanto che dal naso fluiva una discreta quantità di liquido sieroso.

Per quanto lo stato generale della ragazza fosse buono e non vi fossero notevoli ingorghi glandolari, quella diffusione così rapida delle difterite m' impensierì. Feci invitare il prof. Massei, che gentilmente favorì alla prima visita, e rilevando la importanza del caso, praticò alle 10 ant. la iniezione del siero antidifterico De Giaxa, N. 1, colle consuete precauzioni antisettiche: operazione che riuscì di poca o niuna molestia alla piccola inferma. Nella giornata si fecero delle lavande nella gola col liquore di Labarraque al 50 per 1000, sospendendo ogni altro rimedio.

Alle 8 pom. la febbre si era rialzata a 38°.5, ma già nella gola si notavano le false membrane rigonfiate e più bianche, mentre la ragazza era vispa e si divertiva con giocattoli.

Il 25, la febbre era a 38°.5, le false membrane tutte distaccate, rimanendo qua e là qualche piccola placca molto sottile, e lo scolo nasale di molto ridotto. Urine senza albumina. L'esame batteriologico fece notare la presenza del solo bacillo di Loeffler.

Il 26 Feb., temp. 38°, continuo distacco delle piccole false membrane rimaste, scolo nasale cessato.

Il 27 Feb., temp. 37°.4, false membrane tutte distaccate, si notava solo sulle tonsille un sottile velo biancastro. La ragazza sempre vispa, chiedeva cibo con insistenza.

Il 28 Feb., temp. 37°, nella gola si notava solo un poco di arrossimento, essendo scomparsa ogni traccia della difterite sofferta, che per la rapidità di diffusione, poteva rendersi gravissima, e che grazie alla potenza del siero antidifterico De Giaxa fu interamente debellata in soli cinque giorni.

Napoli, 17 Marzo 1895.

Crup e difterite faringea

pel dott. G. TESORONE

La mattina del 24 Febbraio 1895, fui chiamato dal signor Achille Centomani, domiciliato Padiglione Ospedaletto N. 1, per vedere una sua bambina, di anni tre, a nome Giuseppina.

La madre mi raccontò come la sua figliuola da due giorni fosse stata

assalita da violenta febbre e da un eccitamento continuo al vomito. Nel mentre che io ascoltava tale relazione, fui sorpreso dal tossire latrante della piccola inferma; per la qual cosa, prima dell' esame locale, intuii trattarsi di un'affezione delle prime vie respiratorie.

Portata la bambina presso una luminosa finestra, feci l'esame fisico, dietro il quale potei constatare che la mucosa del velo pendulo era intensamente arrossita, le amigdale gonfiate, e su queste, sui pilastri e su tutta la parete posteriore della faringe v'erano bianche e solide placche, aderentissime ai tessuti sottostanti. Gangli sottomascellari tumefatti. Temperatura 40°. C.

L'esame del torace e degli altri organi fu negativo.

Manca l'analisi dell'urina, perchè impossibilitato a raccoglierla.

Dal risultato di questo esame, non esitai a diagnosticare l' infezione difterica e giustamente allarmato, pregai la famiglia a voler udire anche l'autorevole parere del prof. Massei, tanto più che cominciavano fenomeni di laringostenosi. L'egregio Professore, come sempre, fu sollecito ad accorrere (era il 25 Febraio) e prontamente si diede a praticare alla parte laterale ed inferiore sinistra del torace l' iniezione di siero antidifterico preparato nel gabinetto del Professore De Giaxa, facendo fare in seguito, nell'Istituto d'Igiene diretto dal sullodato Professore, le relative ricerche batteriologiche, dalle quali risultò che si trattava di vera difterite, e propriamente di una forma mista (bacilli e stafilococchi).

La sera ritornai a vedere la piccola Giuseppina, ma dolorosamente la terribile malattia ne minava la debole esistenza, essendo il processo diffuso alla laringe, donde la respirazione difficilissima. La mattina del martedì, cioè il giorno dopo la iniezione, la stenosi laringea progrediva, e nelle ore pomeridiane era tale, che malgrado l' azione dei muscoli ausiliarii del torace e degli sforzi inauditi, l' aria passava a stento per la ristretta rima glottidea, e la bambina cianotica ed irrequieta, tendeva a levarsi da letto portando spasmodicamente le sue manine alla gola, come se avesse voluto liberarsi dall' ostacolo che le procurava così terribili angoscie.

Il mercoledì, nel fare la mia solita visita, fui non poco sorpreso nel sapere che la piccola era stata dalla madre affidata alle cure di un medico omeopatico! Per lo che io non volli più saperne, ed il prof. Massei, che avea fatto presentire la possibilità della intubazione, fu ringraziato! Dopo altri 3 giorni di strane alternative, la bambina guarì.

È stato il siero di Behring, la natura medicatrice od i confetti dell'Omeopatia che hanno operato quella miracolosa guarigione? La sieroterapia parrebbe dover oramai comporre le dissidenze fra omeopatici ed allopatici, ma su ciò non rispondo, essendo stato mio solo ed unico intendimento esporre storicamente il caso, di cui sono stato testimone, lasciando il lettore arbitro e giudice.

Voglio augurarmi, però, che il tempo, il giudizio del pubblico ed i

splendidi risultamenti della sieroterapia facciano, un giorno non lontano, ascrivere questo nostro caso in una non dubbia rubrica, come un'altra indiscutibile vittoria del siero napoletano!

Un caso di difterite faringo-laringea curato col siero napoletano

dal dott. GIOVANNI BALZANO

Una delle più splendide applicazioni della terapeutica ad una delle più micidiali malattie, la *difterite*, è stata, senza dubbio, in questi ultimi anni, la *sieroterapia*.

Con non poco compiacimento ci vien dato, giorno per giorno, vedere i mirabili effetti di quest' ultima scoverta scientifica ed il grande numero delle guarigioni, pressochè prodigiose, di cui la statistica medica va sempre arricchendosi, Ma è cosa assai soddisfacente per un medico il potere la prima volta avvalersi di questo rimedio con felice risultato. In questa piccola relazione, io non fo altro che esporre un caso di *difterite faringo-laringea*, curato da me colla *sieroterapia*, ottenendo la completa guarigione in pochi giorni. Mi faccio, perciò, un dovere redigere questa relazione, non solo perchè è il primo caso che si sia dato in Torre del Greco, mia patria; ma anche perchè, alla luce di così salienti risultati, certe menti, ancora involte in uno scetticismo ingiustificato, cessino dal levarsi contro ogni nuova scoverta, ed anche perchè possiamo dare un contributo al grande edificio della medica statistica, la quale basandosi su osservazioni di fatto dovrà dire l' ultima parola sulla efficacia del *siero antitossico*.

Il caso è il seguente:

Il giorno 2 del mese di Marzo, alle ore 10, fui chiamato a visitare un bambino di 2 anni e mezzo, a nome Calcedonio Basile, di Antonio, nato a Genova, dimorante a Torre del Greco alla strada Abolito monte.

Il bambino era tenuto fra le braccia della madre, mentre si smaniava irrequieto e colle fauci aperte cercava ansiosamente di respirare, in preda ad una dispnea che era andata sempre crescendo e con essa un *tiragè* accentuato, con infossamento al giugulo ed all'epigastrio. Il viso era cianotico, tumefatte le glandole sottomascellari; dal naso veniva fuori una vischiosa secrezione mucosa; la voce era quasi completamente abolita; tutti questi sintomi denotavano una avvanzata *laringo-stenosi*.

Quindi, il mio primo e più importante pensiero fu di visitare la gola, che trovai tappezzata interamente da false membrane spesse, di colorito bianco giallastro, che si diffondevano al palato molle ed alle coane: cose

tutte che mi menarono a sostenere, senza tema di errare, che io mi trovavo in presenza di un caso di vera difterite con propagazione alla mucosa della laringe, donde *laringo-stenosi.* Il polso era frequente (125 a minuto), la temperatura 40°. e più.

Quando fui chiamato, il padre mi assicurò che il medico che avea curato il bambino sin da quindici giorni, avendo esaurito tutti i mezzi che la terapia somministra, avea detto che non vi era più speranza e l'infermo sarebbe spacciato in poche ore. Innanzi a questo caso così periclitante e disperato, a qual partito poteva appigliarmi? La mancanza del respiro pareva che avesse voluto ad ogni istante por fine a quella labile vita; bisognava dunque ricorrere ad estremi rimedii: o alla tracheotomia, o alla intubazione e dopo pensare ad inoculare il *siero-antidifterico.*

Quanto agli enunciati rimedii, io preferivo la intubazione seguita dalla inoculazione del *siero antidifterico,* senza parlare di tracheotomia, avuto riguardo alle infezioni secondarie posteriori che essa può favorire. Ma l'intubazione non poteva farla da solo.

Allora ingiunsi al padre del bambino di recarsi con una mia lettera al prof. Massei, affinchè si fosse benignato di praticare l'operazione in parola, e, nel caso che fosse stato impossibile venire, spedirmi il siero antidifterico.

Il padre tornò subito da Napoli recandomi quello di recente preparato dal chiaro prof. De Giaxa e due provette, una con batuffolo di ovatta, un'altra con acqua sterilizzata, nonchè una gentilissima lettera del prof. Massei, che scusandosi di non poter venire, affidava a me la cura.

L'unica speranza era, quindi, riposta sulla sola sieroterapia.

Pria di praticarla, con la massima sollecitudine mi servii del batuffolo di ovatta assicurato ad una spirale di ferro, e conservato in una delle due provette, perfettamente sterilizzato, per raccogliere un pò di materiale dalle fauci del piccolo infermo, che immersi nell'altra provetta, pure sterilizzata, contenente pochi centimetri cubici di acqua distillata; chiusi il tutto con ovatta, onde farlo sottoporre all'analisi batteriologica ed avere così la pruova irrefragabile della diagnosi.

Immediatamente dopo mi lavai le mani in acqua fenicata al 2 %, per disinfettarle. Fatto ciò, lavai la regione nella quale dovea praticare la iniezione, pria con sapone e poi con etere solforico. Versai tutto il siero contenuto nella fialetta in una tazza di porcellana, lavata con etere ed asciugata ben bene con ovatta. Dopo aver lavato l'ago con etere, aspirai lentamente colla siringa di Behring tutta la quantità di siero. Assicurato il piccolo corpicciuolo sul letto, facendolo tenere dal padre e da un altro individuo, sollevai una plica di tessuto immediatamente sotto le false costole di sinistra, sulla linea mammillare prolungata, immersi colla destra l'ago della siringa nel connettivo sottocutaneo per un terzo della sua lunghezza, e con leggieri movimenti di va e vieni, spinsi lentamente

l'intiero liquido contenuto nella camera della siringa; senza fare alcun massaggio covrii con un pò di ovatta la puntura e la fasciai lascamente.

Il materiale raccolto fu spedito la dimani al Gabinetto del prof. De Giaxa; tanto i preparati microscopici, che le culture, dettero un responso positivo, anzi mostrarono il connubio del bacillo di Loeffler con stafilococchi. Così la diagnosi batteriologica confermò pienamente quella clinica di *difterite* da me fatta.

Intanto, lo stato del bambino dopo la prima iniezione non era per niente variato; lo rividi la sera, a tarda ora, e ricevetti l'impressione di una leggiera miglioria. All'indomani, verso le 7, i genitori mi assicurarono che nella notte era stato un po' più calmo delle precedenti, però su per giù, i fatti rimanevano immutati, senza verificarsi un miglioramento positivo.

Credetti allora utile ripetere, verso le 12 dello stesso giorno, un'altra iniezione allo stesso modo e con le stesse cautele del giorno precedente, ma a destra, prescrivendo questa seconda volta di praticare nella camera dei vapori di trementina e di usare localmente (come prescrive il prof. Massei) lavande detersive con acqua sterilizzata addizionata di liquore di Labarraque (50 grammi per mille), nonchè somministrando di tanto in tanto al povero infermuccio un emetico, composto di sciroppo e polvere di ipecacuana (30 grammi dell'uno con 30 centigrammi dell'altra), e come nutrimento qualche cucchiaio di brodo, di latte, qualche torlo di uovo ed un po' di marsala.

Il beneficio della seconda iniezione fu oltre ogni credere evidentissimo, giacchè la sera stessa la febbre diminuì sino a raggiungere 38°.3-38°.4, e la mattina seguente, verso mezzodì, 38°. La fisonomia si rianimò, le notti erano tranquille, l'occhio vivace ed espressivo, cominciò a parlare ed a mostrare desiderio di qualche cosa, la gola continuò sempre a migliorare, finchè il rantolo gutturale sparì definitivamente. In breve, la miglioria precedette a vele gonfie e dopo due giorni le false membrane erano quasi completamente staccate, senza che se ne riproducessero altre.

La febbre scomparì gradatamente, il polso discese a 100, le respirazioni a 28, finchè continuando così, si ebbe la soddisfazione di poter dichiarare il bambino in piena convalescenza, dopo appena quattro giorni.

Innanzi ad un caso così eloquente, eppure così felice, nessuno può mettere in dubbio l'efficacia della *sieroteropia*. È vero che questa ha i suoi limiti e che nei processi *difterici* in cui la mucosa del naso, della faringe, della laringe e forse dei bronchi è interessata, il siero non ha azione decisiva. Ma io ho sperimentato anche in un processo avanzato, come questo, il salutare influsso del siero (e notisi eravamo al quindicesimo giorno) e sono nel convincimento che anche nelle forme virulentissime, la *sieroterapia* può salvare un infelice. Perciò conchiudo col prof. Massei « che iniettare il siero anche in un caso avanzato è sempre buono, per-

chè l'inoculazione potrà essere utile, mai dannosa, e potrà, qualche volta, risparmiare l'intubazione. »

Ma soprattutto mi felicito che Napoli, grazie alla rara perizia del prof. De Giaxa, abbia un siero antidifterico tanto efficace, che non lascia più desiderare quello di Behring o di Roux.

Torre del Greco, 7 Marzo 1895

Difterite faringo-laringea

pel dott. L. N. GRANATA

Michele Canciello, di mesi trenta, di costituzione debole e linfatica, il giorno 7 marzo ammalavasi, dando segni di una lesione alle fauci. All'osservazione, notavasi tumefazione delle glandole sottomascellari: all'ispezione della dietrobocca, la tonsilla sinistra appariva tumefatta, arrossita, con qualche punto biancastro. Lo stato generale non era allarmante; la temperatura raggiungeva i 38°.

Si fece diagnosi di difterite, e sottoposto il piccolo infermo alla cura locale antisettica, tutto fece sperare una sollecita guarigione, perchè lo stato generale migliorò sempre e la febbre scomparve dal tutto la sera degli 8.

Il giorno dopo, il fanciullo restò apirettico, mostrandosi di buon umore.

Ma la mattina del giorno 10, la scena cambiò, e di botto il piccolo infermo fu assalito da febbre che raggiungeva i 40°. Le due tonsille erano tumefatte ed arrossite, con placche difteriche: il respiro era affannoso, con rientramento epigastrico. Siccome la malattia progrediva rapidamente, il giorno dopo volli assoggettarlo alla nuova cura antidifterica. Alle 4 $^1/_2$ pom., si fece l'iniezione del siero N. 1 del Prof. De Giaxa, nella regione anteriore superiore della coscia destra. Al momento della iniezione il termometro segnava 40°.2. Dopo tre ore, la temperatura scese a 38°.$^1/_2$; su d'un batuffolo di ovatta passata nelle fauci, rimasero aderenti due grosse false membrane nelle quali il prof. De Giaxa rinvenne bacilli di Loeffler. Il termometro applicato ogni ora dimostrava il continuo abbassarsi della febbre, ed all'una del dì seguente segnava 36°.9.

In tutto il giorno si ebbe febbre; solo la sera il termometro segnava 37°.3; ma il giorno 13 l'apiressia era completa ed oggi la guarigione si può dire assicurata.

Casalnuovo, Marzo 1895.

Un caso di difterite delle fauci curato col siero napoletano

pel dott. IVO PIACCARINI

Giuseppe Prozzolo, di anni 3 e $\frac{1}{2}$, di Pozzuoli, figlio di genitori sani, non ha avuto malattie di sorta.

È di costituzione linfatica, ha sistema scheletrico e muscolare buono. Il giorno 10 marzo, sebbene non apparisse del suo solito umore, pure non dava a pensare d'essersi ammalato.

Nella mattina del giorno 11, accusò dolore alla testa ed alla bocca; venne tenuto in riguardo perchè febbricitante. Nelle ore della sera la febbre si fece fortissima e il piccolo infermo era prostrato e continuava a dolersi, a suo dire, della bocca.

Passò agitatissima la notte dell' 11 al 12, nel quale giorno il bambino mostrava il collo gonfio ed aveva grosso il respiro e sempre alta la febbre. I genitori vollero osservare la bocca e si avvidero del colorito rosso intenso della mucosa e della presenza di macchie giallastre nella gola, come essi riferirono. Di fronte a quei fatti sinistri, venne richiesta l' opera mia. Alle 2 pomeridiane vidi il piccolo infermo e lo trovai molto depresso, quasi in preda a coma: in alcune parti del corpo, nel volto in ispecie, notavasi lieve cianosi. Gli occhi erano alquanto iniettati: il collo vedevasi marcatamente enfiato per infiltramento esteso e caratteristico delle glandole sottomascellari: la temperatura raggiungeva i 40°. e le pulsazioni si contavano in numero di 152 al minuto. La lingua e tutta mucosa orale avevano un colorito rosso fosco ed erano di una secchezza eccessiva. Tuttavia il bambino rifiutava di bere, perchè soffriva nella deglutizione, essendo pronunziatissima la tumefazione delle tonsille, quasi completamente ricoverte di placche giallo-grigiastre, delle quali mostravasi infetta anche l'ugola. Il bambino parlava con voce nasale ed avea bisogno di respirare tenendo la bocca aperta. Poichè in Pozzuoli sono frequentissimi i casi di difterite, che ho avuto campo di studiare in tutte le più terribili manifestazioni, come risulta da alcune mie pubblicazioni dell'88, del 92 e da un ultimo lavoro presentato al Congresso di Roma, così non esitai nella diagnosi e dissi alla famiglia che la salvezza del bambino, indubbiamente difterico, poteva attendersi soltanto dalla cura del siero, che occorreva procurarsi senza indugio. Provvisoriamente prescrissi lavaggi della gola con soluzioni boriche, le quali si sono praticate per tutto il tempo della cura. Un terribile temporale incominciato sul finire del giorno 12 e durato tutta la notte, impedì a me di rivedere il bambino nelle ore della sera, ed alla famiglia di mandare a Napoli pel siero. La malattia avanzò, intanto, a grandi passi ed iò nelle

prime ore del 13 mi vidi richiesto con urgenza dal padre del piccolo infermo. Il pover'uomo piangente raccontava le sofferenze del figliuolo; il quale nella notte avava avuta febbre fortissima, accessi di soffocazione, soprassalti nel sonno, continuamente interotto e penoso. Trovai, di fatti, il bambino sensibilmente aggravato. Giaceva supino, a bocca aperta, avea sopore, respirazione russante. Dalle narici fluiva muco-pus tenue: l'ingorgo glandolare era cresciuto. La temperatura persisteva a 40°, il numèro delle pulsazioni a 152 al minuto. La secchezza della mucosa orale impediva i movimenti della lingua: le tonsille, fatte più grosse, vedevansi avvicinate all'ugola tutta rivestita di false membrane, di brutto aspetto, maggiormente estese sulle tonsile ed invadenti per certo il faringe e parte delle coane, a giudicare dall'alito fetido che emanava il bambino, dalla voce nasale e dagli altri fenomeni descritti. Eravi anoressia. Alle 2 pom. riuscii a praticare la prima iniezione, dopo aver fatto con accuratezza distaccare da un mio aiutante porzioni di placche, da esaminare al microscopio.

Debbo alla squisita cortesia dell'illustre prof. De Giaxa, che ringrazio di cuore, il reperto batterioscopico, che fino dalla prima osservazione rivelò una quantità sterminata di bacilli del Klebs-Loeffler.

Alle due pom. adunque del 13, valendomi della siringa Koch ed osservando le dovute norme, iniettai nel cellulare della regione laterale sinistra del torace, presso il bordo costale, 4 c. cubici di siero De Giaxa N. 1, raccolto il 26 febbraio 1895. Alle 4,30; la temperatura era discesa a 39°. e il numero delle pulsazioni diminuite a 148. Mezz'ora dopo la iniezione il bambino cominciò a riaversi, cercò da mangiare e sedersi sul letto per giuocare.

Un'ora circa durò il meraviglioso fenomeno; poi il piccino ricadde nello stato primiero. Alle 6,30 pom. la temperatura segnava 39°.4 e si contavano 150 pulsazioni. Ripetetti allora la iniezione e la feci sul lato destro, regione simmetrica, adoperando la intera quantità circa di un boccettino N. 1.

Alle 7 incominciò un lieve sudore per tutto il corpo, ed alle 9 trovai la temperatura discesa a 38.°8, ma le pulsazioni erano rimaste alla cifra di 150. Il bambino era peraltro meno assopito ed aveva la respirazione meno russante. Aveva puranche fatta alquanta orina. La secchezza della mucosa della bocca e della lingua non si notava scemata, ma il colorito delle placche difteriche tendeva chiaramente al bianchiccio, e le false membrane non avevano più l'aspetto cotennoso. Sembrandomi peraltro ancor troppo marcato l'ingorgo del collo e la durezza delle glandole sottomascellari non proporzionata allo spegnersi della infezione nella gola, procedetti ad una terza iniezione di circa 3 cent. cubici, sempre del N. 1, e la praticai nella regione anteriore della coscia destra alle ore 9 pom.

Dopo ciò il bambino diè segni manifesti di miglioramento, passò la notte tranquilla continuando sempre a sudare.

Alle 8 ant. del 14 lo trovai desto, con l'occhio vivace, col più rassicurante aspetto.

Il collo aveva perduto il caratteristico turgore, le glandole si palpavano, tutte molli e indolenti. Il flusso del naso era cessato, la secchezza della mucosa orale resa quasi nulla.

Notavasi appena il rumore del respiro, e la voce aveva perduto il suono nasale. Il bambino, in sullo svegliarsi, aveva bevuto del latte con viva ansietà. Il termometro segnava 38°.6, i polsi si contavano in numero di 145.

L'essudato sulle tonsille e sull'ugola appariva quasi bianco, flocconoso: in alcuni punti coi lavaggi della soluzione borica staccavansi porzioni di placche aggrinzite. Perciò il turgore delle tonsille era minimo e le fauci si aprivano ampiamente.

La temperatura oscillò in tutta la giornata fra 38°.6 e 38°.4 ; così le pulsazioni si mantennero tra 144 e 148. Durante la giornata del 14 il piccino riguadagnò la salute d' ora in ora ed il progresso in meglio riuscì, direi quasi, meravigliosamente visibile. Il sudore durò fino alle 8 pom. Nella notte ebbe tranquillità e ristoro. La mattina del 15 si somministrarono 10 cent. di calomelano poichè il bambino, durante la malattia, una sol volta aveva defecato. L'aspetto dell' infermo ed i fatti ocali dicevano ormai esaurita del tutto la infezione ed allontanato ogni pericolo. La temperatura alle 9 ant. segneva 37°.3, le pulsazioni erano di 120 al minuto.

Ma avendo io, nello ispezionare le fauci, osservate piccole membrane ancora colorite in grigiastro, racchiuse fra le cripte della tonsilla destra, che palpavasi sotto l' angolo mascellare di una speciale durezza, sicuro di non nuocere, iniettai una ultima quantità di siero, 2 centimetri cubici, sulla regione destra del torace, poco lungi dal punto della 2ª iniezione. Ricominciò allora il sudore ; la tonsilla perdette ben tosto la sua residuale consistenza e il colore roseo delle mucose e la freschezza di esse vennero altamente a pronunziarsi in un con la totale caduta della febbre e di ogni residuo della maligna malattia. Nelle ore pomeridiane del 15 il piccolo paziente entrò in piena convalescenza e la guarigione si annunziò con un intenso desiderio di mangiare, che rendeva impaziente il piccino.

L' analisi dell' urina fatta più volte non ha mai rilevato la menoma traccia di albumina. A nessun postumo ha dato luogo il morbo.

Questa cura, compiuta felicemente col siero antidifterico e cioè col siero De Giaxa raccolto nel Febbraio 95, oltre ad essere una novella prova della immediata efficacia e della innocuità del rimedio attesta altresì il portentoso valore del siero napoletano N. 1, il solo, per ora, posto in uso e riconosciuto attivo non meno del N. 2 Behring.

La quantità di siero iniettata nel mio infermo può approssimativamente itenersi che abbia contenuto poco oltre le 1200 unità normali di anti-

tossina, quante cioè ne possiede una sola dose N. 2 De Giaxa, necessaria per combattere i casi gravi ed inoltrati. Di fronte alla gravezza del mio infermo ed ai segni non dubbi della efficacia del rimedio, ho proceduto nella cura iniettando il siero con qualche frequenza, ma in dosi lievi. Credo così di aver lasciato all'organismo miglior agio di espletare quella indispensabile reazione per cui si nota una certa restenza della febbre non più in ragione del processo infettivo, che si rivela quasi esaurito.

Pozzuoli, Marzo 1895.

Poichè la buona stella ci ha assistito, in queste prime prove col Siero Napoletano, io mi permetto prendere nuovamente la parola per riferire, in succinto, di altri casi, prima di tirarne conclusioni finali.

Essi sono al n° di 5; due di difterite faringea, 3 di crup. In tutti la diagnosi batteriologica ha confermato trattarsi di vera difterite; 3 guarirono, 2 soccombettero; eccone le brevi notizie storiche:

1) Aluzzi Ida, di m. 19, da 3-4 giorni affetta da sintomi laringo-tracheali, presenta, il 14 marzo, segni di stenosi laringea.

Pratico la intubazione, ma la respirazione non si ripristina in modo assoluto; injetto il N° 1 del Siero De Giaxa, injezione che ripeto il dì seguente, insieme alla intubazione (presente il Behring, il quale aveva espresso desiderio di vedere la manovra sul vivo ed il prof. De Giaxa).

Lo stato generale, molto depresso e l'assenza di tosse, fanno prevedere non lontana la fine, che ha luogo alle 7 ant. del giorno seguente.

2) La signora M., robusta, maritata, intorno alla 30ª, da più giorni ha segni di angina bianca. La solite cura non la migliorano ed io son chiamato. L'essudato grigiastro, copre tonsille e pilastri e si diffonde verso il naso.

Injetto il Siero De Giaxa N° 1, e nel dì seguente ripeto la injezione.

La grande copia di false membrane espulse e di bacilli rinvenuti, ci fanno intravedere la gravezza del caso, che in 2-3 giorni volse miracolosamente a guarigione.

3) Della Guardia Adelina, di m. 21, da più giorni ha sintomi laringei. La vedo il 21 marzo e la famiglia esita nell'accettare la intubazione. Alle 12 injetto il Siero De Giaxa N° 1; ma alle 10 di sera devo praticare di urgenza la intubazione, che dà effetti immediati portentosi.

L'indomani, altra injezione di siero; se non che l'irrequietezza e la difficoltà di respiro accennano a diffusione in trachea, e la bambina muore dopo 32 ore dalla praticata intubazione.

4) Simeone Riccardo, di m. 14, è curato dal dott. G. Tesorone. Non ha febbre, ma 2 grosse placche bianche sulle 2 tonsille.

Poichè queste non scompajono, anzi aumentano, dietro le solite preverizzazioni di sublimato, la famiglia accondiscende alla iniezione del Siero (quello Napoletano, N. 1) che in pochi giorni guarisce portentosamente il bambino.

5) E poichè parlo di miracoli, quest'ultimo non merita diverso battesimo. Ieri (3 Aprile) mi portano da Nocera un robusto bambino, di 4 anni (Mario Esposito), da 6 giorni ammalato. Stenosi avvanzata; nulla sulle fauci. Reperto batterioscopico positivo pei bacilli (associati a stafilococchi ed a qualche streptococco).

Injetto circa 2 boccette di Siero De Giaxa N. 1, temendo una catastrofe e quasi rinunciando alla idea dell' intubazione.

Oggi rivedo il bambino: è completamente guarito; non affanna, ha voce chiara, non ha febbre; solo, di tanto in tanto, un colpo di tosse grassa!

Dopo 6-8 ore la famiglia assiste ad un prodigioso miglioramento, che la più scrupolosa osservazione ha confermato.

CONCLUSIONI

Ecco, così, 16 casi:

Dott. Ricciardi	2	casi	2	guarigioni
Dott. Belfiore	4	»	4	»
Dott. Panunzio	1	»	1	»
Dott. Tesorone	1	»	1	»
Dott. Balzano	1	»	1	»
Dott. Granata	1	»	1	»
Dott. Fiaccarini	1	»	1	»
Prof. Massei	5	»	3	»
	16	casi,	14	guarigioni

La mortalità (2 su 16) minima (circa il 13 %), sorprende ancora più, quando si pensa che essa riflette bambini avuti in cura assai tardi, quando il processo era diffuso in giù, la più triste condizione nelle localizzazioni laringee.

Fra questi 16 casi ve ne sono 9 di crup, cifra che scuote, mostrando quanto frequente sia la localizzazione laringea della difterite, specialmente in questa stagione. I 7 casi di difterite faringea sono tutti guariti; da questi 9 di crup, rileviamo che 5 guarirono senza intubazione; 2 con la intubazione. Nei 2 morti, fu praticato egualmente questa.

Ogni altra discussione, a me pare superflua: la sieroterapia entra trionfalmente nel campo pratico, ed emulo di quello di Behring è il siero antidifterico Napoletano!

MASSEI.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

MOUNT BLEYER dott. J. — *La Nucleina nella difteria* (*Nuclein in Diphtheria*)

La cura delle malattie con i cosiddetti estratti animali non è una invenzione della nostra epoca. I suoi primi incunabili sono stati accertati, da ricerche recentissime, fin nell'èra precristiana in Asia, nella Grecia, a Roma. Così, per es., Plinio ci narra che i romani solevano fare largo uso di testicoli tagliuzzati di asini e financhе di sperma di questi testicoli per combattere l'impotenza. Dalle ricerche di Blehr, un dotto filologo ed archeologo, sembra che lo stesso costume esistesse presso i persiani, che solevano altresì mangiare cervella di animali, confezionati nei più svariati modi, per combattere le cefalalgie, le iperemie cerebrali, ecc. Durante tutto il medio evo, con alterna voce sorse ora uno, ora un altro estratto animale per la cura di questa o di quella organopatia. Però, come agevolmente si comprende, tutte le cure praticate con questi mezzi, fino ai nostri giorni, erano grossolane, puramente empiriche. Dal 1850 in poi, quando nei laboratorii scientifici della Francia alcuni dotti fisiologi e clinici incominciarono a fabbricare, con un appannaggio scientifico, taluni estratti animali, come la muscolina, la vitellina, ecc. — che furono introdotti in commercio suffragati dall'egida di nomi rispettati e talvolta di scienziati di grido — principiarono anche presso i clinici ad avere credito queste cure. Dal 1865 al 1880 vi fu una breve sosta, durante la quale parve che fosse subentrata una specie di atonia in queste ricerche. Indi, a partire da quel tempo, sorse una plejade di illustri clinici e fisiologi, fra i quali merita di essere menzionato soprattutto il Brown-Sequard, che arricchirono la Terapia di una rispettabile quantità di preparati, per alcuni dei quali il responso della pratica è stato assolutamente negativo, per altri il giudizio è ancora *sub iudice* o discretamente favorevole, mentre qualcuno sembra già acclimatato nella Terapia Clinica. Sulla *vitalina*, sulla *tiroidina*, sulla *nefrina*, sulla *nucleina* continua con fervore il controllo che «*la Clinica suole fare prima di rispondere alle interrogazioni che le rivolge il Laboratorio quando le invia i nuovi prodotti che incessantemente fabbrica.*» Che più? La stessa antitossina del Behring viene oggidì da molti illustri farmacologi annoverata in questa categoria di sostanze, cioè in quella degli estratti animali. Sicchè il disdegno con cui da trent'anni or sono parecchi accolsero questo indirizzo della Terapia, è oggi in gran parte dissipato. Trattasi ora soltanto di accertare che cosa èvvi

di concreto in questo campo « *per lo passato tutto empirico, ed oggi ribattezzato e rifecondato dal soffio creatore dell'analisi scientifica* », e fino a qual punto sia permesso ripromettersi un utile positivo da questi preparati, fra cui ha tuttora certamente un posto cospicuo la nucleina, sulla quale l'anno scorso non poteva sfogliarsi un giornale di medicina inglese, tedesco od americano senza leggere resoconti più o meno particolareggiati sulle sue virtù terapiche contro questa o quella malattia, e finanche nella medicatura antisettica delle ferite, per il quale obbiettivo, giusta ciò che era annunziato pochi mesi or sono nelle gazzette mediche berlinesi, viene usata con entusiasmo da parecchi chirurgi di grido.

Ond' è che trattandosi di un farmaco a composizione ben nota, possiamo esimerci dal tesserne la storia e dare minuti ragguagli sulla sua composizione e preparazione (il che d'altro lato ci farebbe altresì sconfinare dall'indole dei nostri *Archivi*), e limitarci unicamente ad esporre i risultamenti che con essa ha ottenuti Mount Bleyer, il nostro distinto collega americano, che finora l'ha adoperata in 53 casi di affezioni difteriche e difteroidi, (in 9 trattavasi di difteria genuina) e n'è rimasto molto soddisfatto. Essa esplicherebbe rapidamente la sua efficacia, amministrandola per iniezione ipodermica. Secondo lui, già dopo la prima iojezione, si verifica quasi sempre un abbassamento oltremodo considerevole della temperatura, e la frequenza del polso in parecchi casi cadde di botto da 160 a 100. Quasi mai la febbre durò più di 35 ore dopo la prima injezione. Inoltre, è dotata di un energico potere dinamogeno, che si esplica a preferenza sul sistemo nervoso centrale. I risultamenti si otterrebbero tanto più rapidamente, quanto più per tempo s'inizia la cura. Non appena appariscono i primi sintomi della difterite, bisogna injettarne 20 ctgr. sotto la pelle (sciegliendo a preferenza i' fianchi o le natiche quando trattasi di bambini, il dorso e la nuca negli uomini, e la parte superiore del petto nella donna). Se l'iniezione è fatta bene, non produce dolore; nè è seguita da reazione quando furono prese tutte le cautele antisettiche. L'assorbimento del farmaco è rapido.

Se l'esame batteriologico dimostra che si ha da fare con casi di pseudodifterite, o di tonsillite follicolare, sono necessarie soltanto tre iniezioni, ciascuna di 15 a 20 ctgrm. Nei bambini al di là di 12 anni, si può anche oltrepassare questa dose.

Nella difteria genuina le injezioni debbono essere fatte per tre giorni successivi, a dosi di 25 mgrm., ogni 4 ore.

L'Autore dà termine alla sua relazione facendo i più caldi elogi di questo nuovo preparato, che, secondo lui, è destinato ad avere un brillante avvenire nella organoterapia. Noi, non possedendo esperienze personali sul proposito, ci asteniamo da qualsiasi giudizio, ed attendiamo che le future osservazioni dieno, su tale riguardo, il responso definitivo, che ci auguriamo, nell'interesse di tutti, favorevolissimo.

V. Meyer

Chiucini Dott. G.—*Due casi di emiatrofia linguale* (con due figure).

Principalmente a scopo di statistica, l'A. vuole riferire questi due casi, dei quali il primo crede anche interessante, come uno dei pochi nei quali si tratti

d' affezione reumatica primitiva dell' ipoglosso. Di fatti, nel primo non gli riescì rilevare altre cause che le reumatizzanti; di più, l' atrofia, con tutti i caratteri facili ad osservarsi in simili casi, si estendeva a poco più che il 3.° anteriore della metà sinistra della lingua; il velo pendolo appariva leggermente deviato a sinistra, i pilastri anteriore e posteriore sinistri si delineavano con arco alquanto più basso di quelli di destra, ed in fine, al laringoscopio osservavasi una paresi della corda vocale sinistra, con i segni di una *corditis* omonima, senza che pel resto le varie funzioni, nelle quali concorre l'azione della lingua, erano disturbate. (Il referente, vedendo uniti l'atrofia linguale con la paresi del velo pendolo e la paresi della corda vocale, tutte dallo stesso lato, riceve l' impressione di un quadro morboso più largo, come di una lesione nucleare della midolla allungata, che va a svolgersi; ma per ora è sempre una impressione, che dovrebbe avere la conferma o meno dalla ulteriore e prolungata osservazione dell'infermo).

Nel secondo caso si tratta di lesione del nervo grande ipoglosso per ferita da taglio alla regione laterale sinistra del collo, la quale dall'angolo del mascellare inferiore scendeva per 4 centimetri lungo lo sterno-cleido-mastoideo, approfondendosi nella regione fino alla faringe, che era nel contempo interessata all'altezza della laringe. Reperto laringoscopico negativo.

A parte l'abbondante emorragia al momento della ferita, l'atrofia linguale residuata era estesa a tutta la metà sinistra, e l'A. ne descrive il particolare aspetto ed i caratteri semiologici, più minutamente che nell'altro caso, nonchè gli esistenti disturbi delle varie funzioni a cui concorre la lingua.

Alla fine riassume i fatti principali di questo caso, circa il rapporto tra la lesione dell'ipoglosso e l'atrofia linguale, nei seguenti termini:

a) la deviazione *in toto* della lingua dalla parte del nervo leso avvenne contemporaneamente alla guarigione della ferita (28 giorni);

b) 4 mesi dopo la lesione nervosa non si riscontrava emiatrofia linguale;

c) questa si è ritrovata già, all' elevato grado accennato, 20 mesi dopo di quella lesione.

TRIFILETTI

LOEWENBERG dott. B. — *Il microrganismo dell'ozena* (*Le microbe de l'ozène*).

La monografia di Loewenberg sul microrganismo dell' ozena, è la più interessante comparsa finora, e l' Autore non fa che completare sempre più gli studii, che egli pel primo ha iniziato sulla etiologia di questo morbo. Ricorda di aver cominciato le sue osservazioni fin dal 1880 e di averle completate nel 1885, studiando e descrivendo la natura della capsula, che circonda il microrganismo ozenico. Esso ha la proprietà di non fondere la gelatina e nelle placche di questa si mostra sotto due aspetti differenti: 1.° piccole colonie rotonde, giallastre, di apparenza compatta, situate nella spessezza della gelatina, che possono spesso mancare; 2.° colonie più grandi, semi-trasparenti, di un bianco più o meno lattiginoso, che occupano la superficie della gelatina e che non mancano giammai.

Negl' innesti *per infissione* in gelatina, lungo il tragitto dell' infettatore, si vede, dopo poco, una stria, che contiene parecchi strati paralleli di grani più o meno fini, di colore giallastro. Alla superficie si forma un disco bianco-

opaco, che si ispessisce, senza raggiungere la forma di testa di chiodo. Si coltiva fino alla temperatura di 43°, ma muore dopo un minuto al contatto dell'acqua a 54°.

Nell'agar si ottiene uno strato sottile di un bianco sporco. Nel brodo peptonizzato, lentamente si forma un deposito di grani e di filamenti, al di sopra del quale il liquido resta chiaro.

Il microbo dell'ozena cresce, sebbene con difficoltà, in un mezzo privo di aria. Però nelle culture, invece del puzzo caratteristico, si hanno profumi gradevoli, simili ai fiori di sambuco o di ligustro, forse perchè i mezzi di cultura artificiali, che noi usiamo, pur permettendo ai parassiti di pullulare, non realizzano punto le condizioni che la natura loro fornisce nell' organismo.

Il microbo dell'ozena si presenta per lo più incapsulato, quando lo si esamina nel muco nasale di soggetti malati, e sempre quando lo si estrae dal sangue degli animali morti in seguito alla inoculazione praticata; nelle culture la capsula non è costante.

Il pneumo-bacillo di Friedländer ed il cocco-bacillo dell' ozena, esaminati al microscopio presentano grande somiglianza, però mostrano delle rimarchevoli differenze in riguardo a certi dettagli nell' aspetto delle culture, agli odori che emanano ed alla loro azione sul latte che, acidificandosi, è coagulato dal pneumo-bacillo.

Il cocco-bacillo ozenico è altamente patogeno per gli animali, specie pel topo bianco e grigio. Le cavie resistono all'inoculazione sottocutanea del microbio, ma muoiono, senza eccezione, se il cocco-bacillo s' inocula nel cavo addominale.

Il sangue degli animali così periti, contiene il cocco-bacillo allo stato di cultura pura. L'autore è arrivato a conferire l'immunità al coniglio, la quale, del resto, spariva dopo un certo tempo, come pure dopo poco finisce la proprietà vaccinante del siero di sangue estratto dallo stesso animale.

Infine, sono molto importanti gli esperimenti fatti da Loewenberg per sempre più dimostrare la non identità tra il pneumo-bacillo di Friedländer ed il cocco-bacillo dell' ozena; difatti un topo, immunizzato contro il pneumo-bacillo non è protetto contro il microbo dell'ozena; e viceversa, la vaccinazione contro il microbo dell'ozena non protegge il topo contro il bacillo di Friedländer. La monografia finisce colle seguenti conclusioni:

1. Il microrganismo dell'ozena non è identico al pneumo-bacillo di Friedländer, di cui non costituisce nè una forma attenuata, nè una forma esaltata.

2. Il cocco-bacillo dell'ozena descritto fin dall'anno 1884 è un microbo *sui generis* e proprio dell'affezione in parola.

3. Il cocco-bacillo ozenico è eminentemente patogeno.

4. Come *conclusione accessoria*, se il microrganismo dell' ozena è sempre patogeno, il pneumo-bacillo, pur presentando una certa variabilità a questo riguardo, non possiede un minore potere patogeno per i topi, e ciò contrariamente a quanto affermano Abel e Pfeiffer.

DAMIENO

BEAUSOLEIL Dott. T. — *Studio sulla etiologia e la patogenesi della corizza caseosa (Étude sur l'étiologie et la pathogènie du coryza caséeux)*.

Intorno alla corizza caseosa, la cui conoscenza è di data recente, l'A. ci offre un notevole studio. Dalla pubblicazione del lavoro di Duplay (1874), i diversi studii fatti su questo soggetto hanno permesso di stabilire, in una maniera netta e precisa, il diagnostico ed il trattamento di questa rinopatia; ma non é a dire lo stesso della natura, dell'etiologia e della patogenesi delle « masse caseose », intorno cui si discute ancora molto oggidì e sono state emesse le più varie opinioni. Alcuni autori riguardano, in fatti, l'accumulo di questi prodotti come un'entità morbosa speciale; altri, al contrario, non vogliono vedervi che un sintoma particolare, che si può rinvenire alle volte in alcune affezioni delle fosse nasali o delle cavità accessorie (seni mascellari). Questa divergenza d'opinioni è dovuta principalmente alla povertà della letteratura su questo soggetto ed anche perchè le osservazioni che sono state pubblicate sono, per la maggior parte, incomplete.

Ciò premesso, l'A. piglia le mosse del suo studio da questi punti di vista e cerca di colmare le lacune esistenti. Egli analizza dapprima le osservazioni pubblicate fin' oggi, indi passa in rivista le diverse opinioni che sono state emesse; in fine, con i documenti raccolti e con le proprie osservazioni, che riferisce, cerca di distaccare dal suo studio critico i punti ancora molto oscuri e discutibili di questa rinopatia.

Noi non seguiremo questo lavoro dell'A. che nella sua parte più originale, cioè nel riferire l'esame microscopico e batteriologico dei prodotti caseosi provenienti dagl'infermi osservati, dei quali egli ci offre le storie.

Questo esame è stato fatto da Sabrazès, medico capo del Laboratorio delle Cliniche, ed è il seguente:

« Le masse caseose sottoposte al nostro esame hanno la consistenza e il « colore del mastice; esse esalano un odore fetido. Riunendole sul vetrino « e colorandole al picro-carminio, dopo fissazione nel liquido iodo-jodurato di « Gram, lasciano constatare un piccolissimo numero di elementi cellulari ve- « scicolari o granulosi, qualcheduno allungato, nucleato, ma sprovvisto di « ciglia vibratili. L'essiccazione fa vedere dei cristalli d'acidi grassi, graci- « lissimi. Le lastrine trattate coi vapori d'acido osmico contengono un gra- « dissimo numero di corpuscoli grassi colorati in nero. La ricerca del bacillo « tubercolare col metodo *Ziehl-Neelsen* è rimasta assolutamente negativa, « malgrado l'esame prolungato e reiterato. Col metodo di *Gram-Weigert* si « scovre un batterio filamentoso, abbondantissimo e addensato, formando « una reticella nelle maglie della quale sono disseminati alcuni tramezzi fi- « brinosi, svariati microbi, e tra l'altro un grosso micrococco non disposto « in massa. Il batterio filamentoso non è riunito a fasci; sopra alcuni punti « della preparazione, dov'è meno denso, si può facilmente studiarlo. La sua « lunghezza è delle più variabili e oscilla fra 3 a 9 mm. Questi bacilli sono « ora rettilinei, ora piegati a V, ad accento circonflesso, ecc., qualche volta « curvi ad una estremità. La colorazione non è uniforme; essa è inte rotta, ad « intervalli di distanza da 1 a 3 mm., da una stria biancastra, che isola dei « segmenti; talvolta presenta un aspetto granuloso. Non si distingue alcuna

« membrana con involucro apprezzabile. Gli altri metodi di colorazione dei « batterii sono meno favorevoli. Il *Gram* prende male. Il clorojoduro di zinco « colorisce istantaneamente, sulla lastra, un piccolo numero di filamenti, cor- « rispondenti alla descrizione data di sopra, in bruno carico. Non abbiamo « trovati nè spore, nè apparecchi fruttiferi di funghi.

« Questo pus è stato inoculato, mediante scarificazione, nelle fosse nasali « di due conigli adulti senza alcun risultato.

« Seminato su gelosio, versato in iscatole di Petri, ha dato al secondo « giorno, nella stufa a 37°: 1° delle colonie rotonde, dense, giallastre, di sta- « filococchi, che liquefanno la gelatina; 2° delle colonie bianche, spesse, ag- « gomitolate, che, trasportate sopra tubi sterilizzati di gelosio e di gelatina, « hanno dato sui primi una striscia cremosa, densa al centro, dentellata alla « periferia; sui secondi, una striscia dell'istesso aspetto liquefacente lenta- « mente la gelatina. Esame microscopico: micrococchi non disposti in massa « colorantisi alla periferia, e corrispondenti alla descrizione del micrococco « trovato da Vignal nella bocca.

« Le colture su *gelosio* inoculate a tre cavie giovani, con la scarificazione « nelle fosse nasali, hanno determinato, al terzo giorno, la morte di questi « animali con la produzione di una corizza edematosa accompagnata da « dispnea intensa e da stridore.

« Nel pus siero-sanguinolento di questa corizza ri è ritrovato il medesimo « micrococco, il quale si è potuto coltivare. Alcune colture sono state fatte « col sangue del cuore di questi animali ed hanno dato lo stesso risultato « positivo.

« Nel secondo caso di corizza caseosa abbiamo ritrovato un batterio fila- « mentoso analogo a quello disopra descritto, come pure varii microrgani- « smi. Non vi abbiamo trovato bacilli di Koch.

« Un semplice fatto ci sembra risulti da questo esame: cioè che non esi- « stono in questi due casi bacilli tubercolosi nelle masse caseose. Il batterio « filamentoso da noi descritto e che d'altronde è stato visto, benchè mala- « mente interpetrato a nostro avviso, da alcuni autori, non è in niente com- « parabile al bacillo di Koch. Ma esso sembra spiegare in parte la consi- « stenza cremosa del pus: è infatti sì abbondante, che forma da solo quasi « tutta la massa caseosa. Non abbiamo potuto coltivarlo sulle piastre che « abbiamo fatte. Esso è unito ad altri microrganismi, alcuni dei quali sono « patogeni per le cavie ».

Dopo ciò, intorno alla natura, all'etiologia ed alla patogenesi della ri- nite caseosa, ecco che cosa pensa l'A. ed a quali conclusioni egli è giunto. Noi per riuscire più chiari e per non menomare l'importanza del lavoro, use- remo le sue stesse parole.

« In riassunto, dopo aver esaminato attentamente le differenti osservazioni « che hanno servito di base alla descrizione della Corizza caseosa, e dopo « avere analizzato le diverse teorie, spesso molto opposte, che sono state « emesse per spiegare la produzione e l'accumulazione di questi prodotti « nelle fosse nasali, dobbiamo domandarci se questa rinopatia deve essere con- « siderata come una vera entità morbosa, meritando di avere un posto rile- « vante nella nosologia delle fosse nasali, o se è più logico di aggregarla « alla sintomatologia di alcune affezioni nasali.

« Pur riconoscendo la difficoltà che vi è a risolvere questa quistione, ci « sembra che quest'ultimo modo di considerarla sia più conforme ai fatti « pubblicati dagli autori ed a quelli che abbiamo potuto osservare noi stessi.

« Come ammettere, infatti, un'affezione speciale della mucosa pituitaria, « quando, in nessun caso, l'esame microscopico ha rilevato una lesione par- « ticolare di quest'ultima, a parte tuttavia gli accidenti infiammatori provo- « cati dalla sola presenza di queste materie putride? Come comprendere un « processo morboso di questa mucosa, che resti sempre localizzato, come « fa notare Strazza, in una stessa fossa nasale? Quale che sia l'alterazione « della mucosa bisognerebbe vederla propagarsi alla narice opposta; ora, « salvo il caso del Cozzolino, nel quale le complicazioni ci sembrano do- « versi rapportare ad altri motivi, questi accumuli di materia sono sempre « restati unilaterali.

« Si sa, del resto, che la guarigione della corizza caseosa si ottiene facil- « mente in poche ore,—in due ore, dice giustamente Cozzolino; — ora se « esistesse una lesione vera della mucosa pituataria, è certissimo che essa non « scomparirebbe in modo così completo e in così poco tempo. La sparizione « totale dei diversi disturbi, che si osservano con la semplice soppressione delle « materie caseiformi, non implica al certo un processo morboso molto serio « della mucosa.

« Tutte queste differenti ragioni cliniche e quelle che abbiamo già indi- « cate *ci impediscono di considerare questi accumuli come una vera entità « morbosa.*

« Sembra, al contrario, molto più logico e più conforme ai fatti, *di riunire « la corizza caseosa alla sintomatologia di alcune affezioni delle fosse nasali « o delle cavità accessorie.*

« È così che si potranno trovare queste masse di materie caseose in certi « casi di suppurazione delle cavità annesse del naso (seno frontale, seno ma- « scellare, cellule etmoidali), come pure in quelle affezioni capaci di produrre « una irritazione, una infiammazione o una desquamazione epiteliale della « pituitaria (corpi estranei, sifilide nasale).

« Ma si osserverà soprattutto questo sintoma allorchè esiste una ostru- « zione delle fosse nasali. Poco importa che essa sia prodotta da un vizio « di conformazione del setto o da una ipertrofia dei cornetti o della muco- « sa; basta che l'ostacolo renda difficile od impossibile il passaggio dell'aria « e l'eliminazione al di fuori dei prodotti di secrezione.

« Date queste condizioni patologiche e anatomiche, è facile comprendere « come si formino queste produzioni.

« Le diverse secrezioni, sia della mucosa stessa, sia delle cavità accessorie, « e gli elementi epiteliali provenienti dalla disquamazione della pituitaria in- « fiammata, non potendo essere eliminati, si accumulano lentamente e co- « stituiscono il nucleo di quelle masse caseose. Queste, una volta formate, sa- « ranno rapidamente invase da tutti i microbi della putrefazione; non tar- « deranno a decomporsi ed a prendere quella consistenza particolare che le « caratterizza.

« L'aumento di volume di questi prodotti si farà non solo con l'aggiunta « di materiali di nuova formazione, ma ancora con la proliferazione di quel « batterio filamentoso particolare che si trova in sì grande abbondanza in que-

« sti prodotti e che deve certamente prendere una parte attivissima, come « abbiamo già detto, nel processo patogenico di quei residui caseosi ».

E dopo queste parole dell'A., ogni altro commento è inutile.

TRIFILETTI

KUTTNER dott. A. — *Edema laringeo e laringite sottomucosa. Studio teorico-critico (Larynxödem und submucöse Laryngitis. Eine historisch-kritische Studie).*

Com'è noto, l'edema laringeo fino a pochi anni or sono, era compreso in un concetto generico, in cui trovavano posto tutte le laringopatie la cui classificazione, per un verso od un altro, presentava qualche difficoltà. Vero è che, d'altro lato, spesso non si studiava troppo per accertare dove era da classificare il caso osservato, giacchè non appena presentavasi una qualche imbibizione del tessuto laringeo, sierosa o purulenta, acuta o cronica, circoscritta o diffusa, febbrile o meno, per torsi d'impaccio, si ricorreva ad un mezzo molto facile, cioè di battezzare il caso come edema laringeo. Per un lungo periodo di tempo durò questa confusione generica. Indi ne seguì uno di confusione specifica, dovuto a che molti autori, accortisi della poca correttezza scientifica di annoverare nell'edema laringeo casi che presentavano note cliniche apparentemente differenti fra loro, andarono all'eccesso opposto, e stabilirono una classificazione, nella quale per poco non furono usate tante denominazioni diverse per quanti erano i casi che si presentavano in cura; e questo confusionismo di denominazioni si è perpetuato finchè Tobold, alcuni anni or sono, propose recisamente di sospendere gl'interminabili tentativi di classificazione, e di riunire in un sol quadro patologico tutto ciò che finora era stato battezzato con i nomi di edema laringeo, edema glottico, laringite sottomucosa, laringite edematosa, laringite flemmonosa, angina laringea infiltrata, laringite siero-purulenta, laringite sottomucosa purulenta, angina laringea edematosa. — Però, non molti sono gli autori che hanno accettata la proposta di Tobold; infatti, nelle Opere più recenti, figurano ancora le denominazioni degli stessi processi morbosi con le rispettive descrizioni, nè è raro il caso che qualcuno sotto la stessa denominazione intenda qualche cosa di ben diverso dall'altro, il che, com'è agevole comprendere, non può che portare la confusione al colmo.

Da che deriva tutto questo parapiglia scientifico in tale capitolo della Patologia? La risposta è agevole. Anzitutto, si dovettero per secoli intuire o fabbricare ipotesi o ricamare con la fantasia sulle sindromi cliniche, perchè non vi era specchio laringeo, e spessissimo mancava il riscontro necroscopico. Sorto l'esame anatomo-patologico e creato anche lo specchio laringeo, vi fu un cospicuo risveglio in questi studii: però, accadde allora che ogni autore nella classificazione partì da punti di vista del tutto subbiettivi, il che spiega agevolmente perchè la confusione si vada tuttora perennando in questo campo.

Inoltre, per comprendere perchè continui il subbiettivismo in questo capitolo così importante della Patologia della gola, fa d'uopo, secondo Kuttner, indagare la storia dell'edema laringeo, cioè seguire tutte le fasi che essa ha percorso dai suoi incunabili fino ai nostri giorni. Ciò spiegherebbe al-

tresì la tenacia con cui tuttora persistono taluni concetti tradizionalmente inveterati in certi autori.

E qui egli tesse ampiamente la storia dell'edema laringeo, dalle sue origini fino ai nostri giorni, dimostrando una « erudizione assimilata e cosciente », che fa grande onore alla sua dottrina ed al suo acume. Egli sviscera, per così dire, la *biologia evolutiva storica* di questa affezione, della quale trova le prime traccie in Ippocrate, e soprattutto nelle classiche definizioni di Areteo di Cappadocia, la cui *synanche* è certamente l'edema laringeo. Alla descrizione di Areteo poco aggiunsero molti dei più lontani successori, fra i quali meritano di essere segnalati Cornelio Celso, Galeno, Cenellio Aureliano, Tralliano, Antonio Benivieni, Lanfranco, Ferlal, Brassavola, Rodriguez. Un ulteriore progresso si ebbe con Sydenham, Boerhaave, van Swieten, i quali, avendo dato un potente impulso alla osservazione clinica rigorosa, diedero esatte descrizioni della sindrome dell'edema laringeo acuto infiammatorio. Anche il Morgagni ha dato una splendida descrizione del reperto anatomico di un caso di edema laringeo acuto. Trattavasi di un'inferma morta repentinamente, e l'autopsia non rivelava alcuna causa della morte. Aperta la laringe, constatò con sua sorpresa, che tutta la regione ipoglottica della laringe e le cartilagini tracheali superiori erano sprovviste della loro mucosa, il tessuto cartilagineo affetto da carie, e la cavità riempita da pus.

Al principio di questo secolo (1808) Bayle tenne davanti all' Accademia delle Scienze di Parigi una conferenza sull' « edema glottico » o angina laringea edematosa, che caratterizzò come un'affezione apirettica, di natura essenziale (primaria) o sintomatica (secondaria), dovuta precipuamente ad imbibizione edematosa del tessuto sottomucoso. Nella categoria dell'edema glottico secondario dovevano essere annoverati, secondo lui, tutti i casi che sono prodotti da un ascesso nelle parti limitrofe, da ulcerazioni con e senza carie della cartilagine, da tisi laringea, ecc. Meritano altresì di essere menzionati i consecutivi lavori di Cruveilhier e Bricheteau, che assegnarono all'edema laringeo primario un posto autoctono nella Patologia, e di Sestier che annoverò nell'edema laringeo anche i casi in cui si riscontra un' « infiltrazione purulenta ed emorragica » ecc.

Con Virchow e Rokitansky l'Anatomia Patologica riacquistò il posto che le spettava, e che nel secolo precedente le era stato dato dall'immortale Morgagni. Ciò spiega perchè nei lavori di Friedreich, di Tuerk, di Tobold, di Ziemmsen, di Stoerck e di altri illustri, oltre al lato clinico, incomincia ad accentuarsi sempre più quello anatomo-patologico, giacchè si comprese che soltanto la conoscenza della etiologia e della intima natura anatomica del processo avrebbe potuto porgerci il filo di Arianna per sgrovigliare il bandolo dell'arruffata matassa. Ma quegli che negli ultimi anni potentemente concorse alla realizzazione di questo desideratum, fu il professore Massei con la sua monografia sull' « Erisipela primaria della Laringe », la quale—secondo l'Autore—segna una dei più notevoli progressi nella Storia dell'edema laringeo. In questo lavoro il Massei dimostrò che una serie di affezioni laringee, le quali prima di lui venivano battezzate come edema laringeo primario, presentano il carattere di una malattia infettiva acuta, che colpisce primariamente la laringe. Egli riferì 14 storie cliniche che, nei loro punti

più salienti, presentano completa analogia fra di loro: in tutti questi casi trattavasi di affezioni laringee primarie che insorgevano acutamente e con febbre. La curva febbrile mostrava ordinariamente oscillazioni abbastanza considerevoli, le quali erano l'esponente di massimi e minimi, di remissioni e di eventuali riesacerbazioni, che sogliono occorrere in molte malattie infettive. L'affezione locale era sempre costituita da una grave tumefazione, e rispettivamente infiltrazione dell'epiglottide e dei ligamenti ariepiglottici, che erano i punti prediletti della malattia. I sintomi subbiettivi erano costituiti da grave adinamia, difficoltà della respirazione e dolorabilità nella deglutizione: questa sindrome fu interpretata dal Massei come erisipela laringea primaria; ed egli crede che il reperto laringoscopico, una all'acuità del decorso e della curva febbrile, sieno decisivi per la diagnosi.

Dopo avere accennato al Ryland, al Budd, al Porter, al Cornil ed al Pitha, che tennero anch'essi parola di erisipela laringea, e qualcuno, come il primo di questi autori accennò persino la possibilità di un'erisipela laringea primaria, l'Autore continua come segue: « Massei fu però il primo che ammise un'infezione primaria e diretta della laringe anche nei casi in cui gl'infermi non avevano avuto alcun contatto con erisipelatosi, e questa scoverta fu di un'importanza saliente. »

Indi, si sofferma sopra un passo, che era a pag. 44 della traduzione tedesca della monografia, e dice: « il Massei però esagera quando opina che dalla diagnosi di erisipela laringea primaria sia da escludere anche quella forma di erisipela laringea, la quale può svilupparsi in infermi i quali stanno in una sala di ospedale ove infierisce l'erisipela epidemica. » Ora, è evidente che qui il Kuttner ha fraintenteso il concetto del Massei, giacchè questi nel relativo passo accenna ad una lacuna nell'Opera del Mackenzie, il quale, mentre da un lato accennò la possibilità di un'erisipela laringea primaria, non vi annoverò la forma da lui descritta, e non addusse alcun caso dimostrativo della medesima, perchè quei casi cui tenne parola, concernevano infermi che stavano in sale di ospedali dove vi erano infermi che avevano erisipela in altre sedi. Però, com'è agevole comprendere, il Massei non poteva neppure sognarsi di negare che trattisi di erisipela primaria laringea sol perchè chi ne è colpito sta in una sala di ospedale dove infierisce l'erisipela epidemica, ma ha fatto notare, che l'importanza dei suoi casi era maggiore, appunto perchè si trattava di infermi che nè si trovavano in ospedali, nè erano stati a contatto con erisipelatosi.

La supposizione accampata da Massei in base a ponderata logica clinico-sperimentale, che l'erisipela laringea primaria fosse dovuta allo streptococco di Fehleisen, ricevette, dopo poco, ampia conferma dalle ricerche batteriologiche di Biondi, Hajek, Samter, Herzfeld ed altri, con le quali mentre da un lato fu confermato la sua supposizione, d'altro lato si suggellò tassativamente il concetto clinico che egli aveva attribuito ai suoi casi.

Nello stesso anno in cui la monografia del Massei veniva tradotta in tedesco, Struebing richiamava l'attenzione sull'edema angioneurotico della faringe e della laringe, ed altri sull'edema jodico; e dopo due anni Senator, a Berlino, descriveva i noti casi di flemmone infettivo della faringe, che parecchi interpetrarono come una sottospecie dei processi erisipelatosi.

Nell'ultima edizione della sua Opera, il Massei fra i processi infiamma-

torii del connettivo sottomucoso distingue i seguenti quadri patologici, differenti fra di loro: edema, epiglottite, laringite flemmonosa ed ascesso. La laringite erisipelatosa viene da lui annoverata nel gruppo delle laringiti secondarie. Per edema laringeo, il Massei comprende tutti i casi di infiltrazione sierosa e siero-purulenta del tessuto sottomucoso, che debbono la loro origine a processi sifilitici, tubercolari o carcinomatosi nella laringe (edema secondario o consecutivo). Come edema laringeo essenziale, vengono riguardati i casi dovuti a processi patologici sviluppatisi in regioni lontane (istmo delle fauci, base della lingua, parotite, erisipela facciale). Come ulteriori momenti causali vengono da lui menzionati: influenze atmosferiche, scottature, ferite penetranti della gola e corpi stranieri, stati idropici (specie dopo malattie infettive acute) e stasi venose.

Dà termine Kuttner alla parte storica, segnalando l'opinione di Gottstein e di Schroetter, i quali riguardano l'erisipela laringea come una laringite flemmonosa, prodotta dal virus dello streptococco erisipelatoso di Fehleisen.

Ciò premesso, l'Autore riferisce alcuni casi nei quali vi era edema laringeo acutissimo, che talvolta indusse rapidamente l'esito letale. Le ricerche batteriologiche fecero rilevare lo streptococco piogene in cultura pura. In base a questi casi ed alle recentissime ricerche di Baumgarten, C. Fraenkel, Clado, Hell, Eiselsberg, Lingelsheim, nonchè di altri ed a quelle sue proprie, le quali avrebbero fatto rilevare che per ora non si può ammettere alcuna distinzione fra lo streptococco dell'erisipela di Fehleisen e lo streptococco piogene di Ogston, ed in base altresì ad alcuni suoi esperimenti di inoculazione di culture pure di streptococchi, con i quali non potette provocare alcuna affezione delle mucose, mentre ottenne risultamenti positivi con iniezioni di culture pure dello stafilococco piogene aureo, crede che non si possa, nello stato presente della scienza, riguardare lo streptococco di Fehleisen come caratteristico dei processi erisipelatosi. Accenna ed esamina poi i concetti anatomo-patologici che negli ultimi tempi sono espressi da Billroth, Winiwarter, Ziegler e Langerhans sull'erisipela e sui flemmoni, e fa rilevare le discrepanze esistenti sul proposito fra questi autori. In un solo punto, però, sono tutti di accordo, cioè che l'erisipela ha la sua sede primaria e precipua nella cute, ed i flemmoni nella sottocute. Soltanto i diversi stadii di transizione da una forma all'altra, che si presentano come un'infiltrazione della sottocute con materiale parvicellulare, cioè la cosiddetta infiltrazione plastica degli antichi autori, viene devoluta da alcuni all'erisipela e da altri ai flemmoni. E che realmente nulla si sappia di preciso circa le note anatomiche differenziali fra erisipela e flemmone, l'Autore lo desume altresì dalla vivace discussione tenuta non ha guari fra Senator e Guttmann a proposito dei casi di flemmoni acuti infettivi della faringe osservati dal primo. Guttmann negò tal cosa, e disse che trattavasi in questi casi di erisipela delle mucose. Nella relativa discussione, alla quale parteciparono molte illustrazioni mediche, non fu possibile agli oratori nè di intendersi fra di loro, nè di sapere se parlassero o meno della stessa cosa. Che più? Negli stessi casi di flemmoni infettivi laringei descritti da Landgraf, Baruch, Germonig, Schaeffer ed altri, mentre la diagnosi anatomica apparisce completamente giustificata, la sindrome clinica era del tutto analoga a quella che

il Massei descrisse per l'erisipela laringea primaria. E Kuttner non è alieno dal credere, che l'erisipela ed i flemmoni infettivi della laringe nello stato presente della Scienza non possono essere distinti in quanto ad etiologia. Il loro quadro clinico spesso è addirittura identico. Però, l'esame locale ed il decorso di queste due malattie presenta talune differenze; e lo stesso dicasi per le note anatomiche, giacchè in una di queste malattie il sostrato anatomico è costituito a preferenza da un trasudato sieroso, e nell'altra da un'infiltrazione parvicellulare ovvero purulenta. Ad ogni modo, tenendo presente le innumerevoli transizioni fra queste due malattie, e la loro etiologia comune, è probabile, dice Kuttner, che esse debbano essere riguardate come gradazioni di un solo e medesimo processo.

In ultimo l'A. prende a disamina quelle affezioni, che nelle più recenti opere sogliono essere trattate sotto i nomi di edema laringeo, di laringite sottomucosa e di flogosi flemmonosi.

E qui egli accampa la seguente domanda: si ha il dritto di stabilire un'entità patologica speciale sotto il nome di edema laringeo? A giudicare dalle più discrepanti risposte che nel corso dei tempi sono state date sul proposito, parrebbe che si dovesse porlo assolutamente in dubbio. Però, Kuttner crede che si debba serbare questa denominazione nella Scienza, applicandola soltanto ai casi in cui, quantunque l'etiologia può essere differente, il trasudato sieroso rimane lo stesso, nè muta di natura se non sopravvengono nuove influenze nocive, sicchè rappresenta un fenomeno costante. Le rispettive lesioni in tutti questi casi hanno di comune il fatto che in esse manca qualsiasi irritazione della laringe. L'alterazione delle pareti vasali della laringe, senza la quale non può prodursi un edema, non è qui determinata da un'affezione locale, ma ripete la sua origine da affezioni di organi remoti. Invece, vorrebbe che fosse bandita questa denominazione per tutti i casi del cosiddetto edema infiammatorio, il quale è variabilissimo, e può mutare da un'ora all'altra. La rispettiva serie di affezioni, che induce un tale edema, può essere classificata, dal punto di vista etiologico, in due gruppi. Il primo abbraccia tutte le affezioni, che debbono la loro origine ad un'infezione acuta, e che perciò, anche per il loro carattere clinico, corrispondono completamente al quadro di una malattia infettiva acuta. Nel secondo gruppo rientrano i casi in cui la malattia è provocata da traumi, infreddature, influenze costituzionali ed altri equivalenti fatti flogogeni: in questi casi tutti i sintomi subbiettivi ed obbiettivi additano anzitutto un'affezione della laringe. I pericoli, che in questi casi ridondano all'organismo, non stanno in alcun rapporto con la natura della malattia, ma con la sua localizzazione.

In base a tutte queste considerazioni l'A. si crede autorizzato a stabilire la seguente classificazione sistematica dei casi di edema laringeo:

A. Laringite sottomucosa acuta — Abbraccia tutte quelle malattie, in cui la sottomucosa è la sede prevalente delle alterazioni istologiche dovute ai processi infiammatorii. Queste affezioni possono essere:

1) di natura infettiva acuta, e debbono essere allora riguardate come malattie infettive acute, in cui il virus inficiante ha utilizzato la laringe come porta di entrata dell'organismo (affezione primaria). D'altro lato, la laringe può essere anche colpita, nel corso di una malattia infettiva già esistente (erisipela, scarlattina, tifo, ecc.), dal virus infettivo. Ed anche queste affezioni

consecutive, per ciò che concernono la mucosa, dovrebbero essere qui annoverate.

In base al reperto anatomo-patologico, Kuttner distingue come segue:

a) Stadio edematoso — Erisipela laringea,

b) Stadio plastico
c) Stadio suppurativo } Flemmoni infettivi acuti

2) di natura non infettiva. Come momenti etiologici cadono in considerazione: scottature, corpi stranieri, fratture e lacerazioni, infreddature, taluni medicamenti (?), processi flogistici in vicinanza della laringe, le malattie costituzionali (sifilide e tubercolosi).

In base al reperto anatomo-patologico, distingue, al pari di prima:

a) Stadio edematoso,

b) Stadio plastico,

c) Stadio suppurativo,

B. Edema laringeo. Quì l'A. annovera tutte quelle affezioni in cui l'edema laringeo è la conseguenza di altri processi patologici, sia locali, sia generali. Nel quadro patologico manca qualsiasi stato di irritazione attiva della laringe. Dal punto di vista etiologico, cadono in considerazione: le affezioni dei vasi, del cuore e dei reni, le stasi venose, l'anemia e l'idremia generale, i processi angioneurotici.

In ultimo l'A. tiene parola di quelle alterazioni che si verificano quando l'una o l'altra delle affezioni precedentemente descritte passa dallo stadio acuto in quello cronico.

Nell'edema cronico della laringe, la natura chimica del trasudato subisce alcune alterazioni, le quali, però, non hànno alcun interesse speciale per il tema esaminato dall'A. Inoltre, se la malattia dura a lungo, ammalano le pareti vasali, che divengono gradatamente più pervie, ed un gran numero di leucociti migra nel limitrofo tessuto, che al principio della malattia mostra soltanto un trasudato sieroso, al quale non sono commisti elementi corpuscolari. Anche in questo stadio non è possibile un equivoco diagnostico con processi di infiltrazione flogistica, perchè mancano tutti gli altri sintomi di infiammazione locale.

La laringite sottomucosa può divenire cronica soltanto allorchè si trova nello stadio edematoso o plastico. La causa efficiente può essere costituita da fattori costituzionali, oppure da un incongruo tenore di vita dell'infermo, per cui è impedita la guarigione di una malattia in atto. In questi casi, il materiale di infiltrazione parvicellulare, che in ultimo è fittamente disseminato finanche negli strati muscolari profondi, suole gradatamente essere assimilato, ed indurre stati iperplastici più o meno accentuati.

V. Meyer

SEMON dott. F. — 1) *I risultamenti dell'operazione radicale per tumore maligno della laringe, esposti in base alle esperienze della pratica privata* (*The Results of radical Operation for Malignant Disease of the Larynx from the experiences of private practice*).

2 e 3) *Sulla pretesa suscettibilità speciale dei tumori benigni della laringe di subire la degenerazione maligna dopo operazioni intralaringee* (*On the alleged special liability of benign laryngeal growths to undergo malignant degeneration after intralaryngeal operations*).

4) *Relazione di un caso di tumore anormale della laringe* (*Sequel to a case of anomalous tumour of the larynx*).

Di queste pubblicazioni del Semon analizzeremo la prima separatamente, e le altre tre complessivamente, perchè si riferiscono ad una polemica personale contro il Browne, polemica iniziata fin dal 1889, e ridivampata ora.

Mentre scriviamo queste linee, il dottor Sendziak di Varsavia sta elaborando una vasta statistica circa i risultamenti delle operazioni per l'asportazione radicale di tumori della laringe, per accertare fino a qual punto sia stato conseguito, negli ultimi tempi, un progresso in questo campo della chirurgia. E poichè il Semon ha avuto occasione di osservare molti casi di questa specie, ha creduto doveroso rispondere all' invito direttogli dal Collega, e contribuire nei suoi limiti alla giusta soluzione del quesito proposto.

Questo il primo movente di tale pubblicazione. Il secondo è per dichiarare pubblicamente che, fondandosi sopra le osservazioni personali e di altri autori negli ultimi anni, ha modificato radicalmente la sua opinione circa la entità della tirotomia per l' asportazione radicale di tumori laringei, sulla quale operazione nel 1886 egli portò un giudizio assolutamente sfavorevole.

Dall'ottobre del 1878 fino al 31 dicembre del 1894, Semon ha osservato nella sua pratica privata 113 casi di tumori maligni della laringe. In questa cifra non sono computati nè i casi osservati dal 1877 al 1883 nell' Ospedale delle Malattie della Gola, nè quelli veduti dal 1882 fin'oggi nell'Ospedale San Tommaso, nè i casi in cui il tumore, originatosi dalla glandola tiroide, dall'esofago, dalle glandole linfatiche del collo, ecc., aveva invaso secondariamente la trachea, come pure quelli della pratica privata nei quali la diagnosi di tumore maligno era stata presa in lontana considerazione, e non si ebbe l'opportunità di ribadirla con un esame consecutivo.

Di questi 103 casi, 79 erano uomini e 24 donne, e l'età degl'infermi oscillò fra 30-83 anni. In 38 casi il neoplasma era *estrinseco*, in 55 *intrinseco*, in 10 misto (Semon al pari di Krishaber intende per tumori laringei estrinseci quelli che si originano dall'epiglottide, dalla superficie posteriore della placca cricoidea, dai ligamenti ar.-ep.glottici e dal ligamento interaritenoideo; e per intrinseci quelli che si originano dalle corde vocali, dai ventricoli del Morgagni, dai ligamenti ventricolari e dalla cavità ipoglottica od i bordi della laringe propriamente detta). Fra quelli del primo gruppo predominavano i tumori della superficie posteriore della cartilagine cricoide; fra quelli del secondo, i tumori delle corde vocali. — Nella maggior parte dei casi, in cui fu fatto l'esame microscopico, il neoplasma si rivelò come un epitelioma.

Nel maggio del 1886 Semon sconsigliò energicamente l'operazione radicale nei casi di tumori maligni della laringe. A chi ha creduto fargli un appunto per tal cosa, egli risponde che in quell' epoca non soltanto laringologi di grido, come il Mackenzie, ma altresì illustri chirurgi, come il Bruns, scoraggiati dai continui insuccessi, espressero un identico parere.

Però, fortunatamente, a partire da quell'epoca la tecnica della laringectomia, vuoi parziale, vuoi totale, ha subìto continui e cospicui perfezionamenti, ed oggi, soprattutto dopo le modificazioni apportatevi dal Bardenheuer, con le quali è possibile quasi con certezza evitare la pulmonite *ab ingestis* nonchè le infezioni dell' apparecchio respiratorio più profondo, la proporzione percentuale delle guarigioni è andata continuamente aumentando, ed in talune recentissime statistiche ha raggiunto una cifra che, fino a pochi anni or sono, sarebbe stata follia sperare, cioè il 60 %.— Alla sua volta il Semon, in una statistica di 12 casi, in cui furono fatte operazioni radicali, ebbe un risultato cospicuo: 7 guarigioni, 5 decessi.

Questa statistica è la seguente:

	casi	guarigioni	decessi
Estirpazione parziale della laringe	3	1	2
Tirotomia con resezione di porzioni della cartilagine	4	4	—
Tirotomia esclusiva con resezione delle parti molli	4	2	2
Faringotomia subioidea con esclusiva rimozione delle parti molli	1	—	1
	12	7	5

Sicchè, la proporzione percentuale delle guarigioni ascese al 58,3 %. Se a ciò si aggiunga che in 2 casi l'esito letale fu dovuto a precedenti complicazioni, bisogna trarre l'illazione che — almeno nello stato presente della Scienza — non si poteva sperare di meglio.

Nè ciò è tutto. In generale, fra i chirurgi domina ancora un certo pessimismo circa le operazioni radicali relative ai tumori della laringe, giacchè si crede che, anche quando la laringectomia totale o parziale venga coronata da successo, vi sarebbe ben poco da cantare vittoria, perchè la recidiva non si lascia attendere. Ma, il Semon, fondandosi sopra i suoi risultati, si ritiene autorizzato a sbugiardare questo pessimismo, che è stato sempre l' invido nemico del progresso, così in Medicina come in tutte le branche dello scibile umano. Così, per es., basterà accennare che in uno dei suoi casi, l'infermo è decesso, circa sette anni dopo la laringectomia, per malattia organica del cuore, la quale non stava in alcun rapporto con la pregressa affezione laringea. In alcuni casi nei quali l'operazione è stata eseguita tre o quattro anni or sono, i rispettivi individui godono tuttora ottima salute, e non vi è neppure l'ombra della recidiva. Soltanto in qualcuno, operato già da tempo, se ne nota qualche accenno. — Aggiungi che in tutti questi infermi, i risultamenti in riguardo alla fonazione non potevano essere più soddisfacenti, sicchè essi ebbero tutto da guadagnare e nulla da perdere con un' operazione, senza la quale l'esito letale sarebbe stato inevitabile. — E Semon è convinto che i risultamenti sarebbero stati anche più splendidi, se alcuni degl'infermi, che decessero, si fossero sottoposti più per tempo all'operazione, e non quando, oltre alla diffusione abbastanza inoltrata del tumore, lo stato generale, e quello del cuore, erano profondamente depressi. Uno degli ope-

rati morì per pulmonite settica prodotta dalla penetrazione del latte nelle vie aeree profonde, sicchè, se si fosse potuto riuscire ad evitare questa jattura, l'infermo probabilmente si sarebbe salvato. In un altro dei decessi, l'operazione fu fatta, quantunque l'energia dinamica del cuore lasciasse molto a desiderare. In un altro caso, l'infermo tentennò un bel tratto di tempo prima di assoggettarsi all'operazione, le quale, com'è agevole comprendere, riuscì abbastanza difficile perchè il neoplasma era molto diffuso. Nei cinque decessi della sua statistica, la morte fu dovuta alle seguenti cause: pulmonite settica, 2 casi (uno dei quali per penetrazione dell'alimento nelle vie aeree); bronchite e sincope cardiaca, 1 caso; morte per etere, 1 caso; per causa non valutabile, 1 caso. Questi fatti parlano con un'eloquenza mirabile in favore dell'operazione, giacchè dimostrano che se si facesse per tempo e si riuscisse ad evitare gli accidenti, che possono sopravvenire quando la si esegue, come pure nei primi giorni consecutivi, la cifra percentuale delle guarigioni raggiungerebbe un grado addirittura meraviglioso.

Nei casi in cui l'esame laringoscopico giustifica l'operazione radicale, e vi è fondata speranza di poter conseguire l'obbiettivo con la tirotomia associata a rimozione delle parti molli, e probabilmente a resezione di qualche porzione delle cartilagini, Semon consiglia procedere come segue: in primo tempo si fa la tracheotomia e s'introduce nella trachea una spugna-cannula asettica di Hahn. Indi, prima di aprire la laringe, si fa passare non meno di dieci minuti per dare alla spugna tutto il tempo di espandersi e di chiudere ermeticamente il passaggio nelle vie aeree inferiori, in modo da impedire la penetrazione del sangue quando consecutivamente la laringe viene aperta, e si opera nel suo interno. Indi si passa all'incisione della cartilagine tiroide, la quale viene sezionata esattamente nella linea mediana. Il più delle volte la si riscontra ossificata, trattandosi di infermi avanti negli anni. Ciò fatto, si mantiene beante l'incisione mercè due retrattori, oppure due robusti fili di seta, passati attraverso la parte anteriore della cartilagine tiroide. Durante questo periodo, è necessario proteggere il campo operatorio contro il muco e la saliva — che spesso vengono segregati in grande quantità dalla bocca e dalla faringe — zaffando, attraverso la ferita laringea, la parte inferiore della faringe con una spugna asettica relativamente voluminosa. Inoltre, è bene che l'operatore sia provveduto di un riflettore frontale fissato al suo avambraccio, e che abbia altresì una buona sorgente di luce per illuminare bene l'interno della laringe prima di asportare il tumore e durante la sua rimozione. All'uopo è molto utile una piccola lampada elettrica del Trouvè. In fine, prima d'incominciare la estirpazione del neoplasma, tutto il lato della laringe ove devesi operare, viene pennellato con una soluzione di cocaina al 5 %, ad intervalli di uno a due minuti, per far contrarre da quel lato i capillari, ed impedire un'emorragia parenchimatosa. Preparato così il campo dell'operazione, si fanno due incisioni a forma semilunare oppure ellittica, le quali vengono unite anteriormente e posteriormente attraverso tutta la spessezza dei tessuti molli, ed in giù sono prolungate fino al pericondrio. Queste incisioni distano un mezzo ad un pollice dalla periferia del tumore, di guisa che con ciò si ha la sicurezza di operare sopra tessuti sani, e di non rimanere in sito alcun che di patologico. Va da sè, che bisogna porre da banda ogni sentimentalità, di cui si è reso troppo tenero qualche chirurgo,

che credette talvolta di dovere un pò rispettare soverchiamente le parti destinate alla produzione della voce. Nulla di più erroneo di questo svenevole sentimentalismo, che ispirato dal desiderio di procurare forse per pochi giorni all'operato la soddisfazione di avere un filo di voce, lo espone al pericolo di essere attaccato subito dalla recidiva, perchè non si asportano le parti sospette. Il precetto fondamentale che l'operatore deve tenere presente, in queste congiunture, è di salvare la vita ed ovviare al pericolo della recidiva, ed in secondo luogo pensare alla voce.

Circoscritto così il campo dell'operazione, si passa all'asportazione del tumore, che di rado può essere eseguita in blocco, ma il più delle volte fa d'uopo esciderlo a pezzi, e allora si hanno tutti i benefici risultati prodotti dalla contrazione dei capillari sotto l'azione della cocaina. Asportato il neoplasma, si potrànno coi raschiatoi rimuovere i residui d'impianto; di rado si sarà costretti di ricorrere, per tale scopo, all'applicazione del galvanocauterio. Indi, si passa alla chiusura della ferita, previa aspersione della medesima con una polvere di jodoformio e acido borico a parti eguali, e si allontana la cannula-spugna. Questa intelligente innovazione, apportata dal Butlin, semplifica, secondo il Semon ed altri, in modo pregevolissimo il trattamento secondario, giacchè, a prescindere che nelle prime 24 ore dopo l'operazione rende molto meno sofferente l'infermo, elimina qualsiasi pericolo d'infezione settica.

Fin qui, fa rilevare Semon, sono giunti i progressi della tecnica chirurgica in quest'operazione, progressi i quali ci hanno già dato risultamenti che dieci anni or sono sarebbe stato follia sperare, ed in virtù dei quali coloro che, non ha guari, osteggiavano l'operazione radicale, ne sono oggi divenuti i più caldi e convinti partigiani. Che altro ci resta ora a fare?

Il còmpito è duplice. Da un lato, perfezionare ulteriormente il trattamento consecutivo all'operazione, giacchè sventuratamente, é appunto durante questo periodo, che parecchi operati muojono non per l'operazione in sè stessa, ma per accidenti contro i quali fino a ieri eravamo in gran parte disarmati, malgrado tutte le cautele possibili ed immaginabili. Allorchè questo postulato sarà realizzato, esso si tradurrà benتosto in una notevole diminuzione della cifra percentuale dei decessi. Il secondo còmpito è di spettanza soprattutto del laringoscopista, giacchè è lui che il più delle volte è chiamato per la diagnosi dei tumori laringei, e sta nello stabilire con esattezza la diagnosi in primo tempo. Sventuratamente, nella maggior parte dei medici e dei chirurgi generici domina tuttora l'idea, che i tumori maligni della laringe hanno per sintomi iniziali il dolore, la difficoltà della deglutizione e della respirazione, nonchè la tumefazione delle glandole limitrofe alla laringe, sicchè è allora che s'incomincia a discutere sulla convenienza o meno di ricorrere alla laringectomia. Ora, nulla di più falso, dice il Semon, giacchè quando l'affezione è pervenuta fino a dare questa sindrome fenomenica, essa è già in uno stadio inoltrato. Il primo periodo del neoplasma laringeo maligno è quello in cui évvi soltanto la raucedine. È allora che una diagnosi esatta sulla natura del tumore, seguita dall'operazione fatta con tutti i progressi dell'attuale tecnica, possono dare risultati insperati. E non è punto un'illusione il credere ciò che non ha guari molti eminenti chirurgi hanno affermato che la laringectomia, specie se parziale, ed eseguita nel primo stadio

della evoluzione del neoplasma, sarà fra poco un' operazione innocua, e generalizzata in tutti i casi in cui è richiesta.

2) 3) 4) — In queste altre pubblicazioni, Semon ritorna involontariamente in lizza per rispondere ad alcuni attacchi direttigli da Lennox Browne sulla oramai trita quistione della pretesa suscettibilità dei tumori laringei benigni a subire la degenerazione maligna sotto l'influenza di operazioni intralaringee.

I nostri lettori certamente ricorderanno che nel 1889, nell' epoca in cui morì in Germania l'Imperatore Federico II per cancro laringeo, Lennox Browne sollevò codesta quistione, e per poco non incolpò il Mackenzie e gli altri laringoscopisti di aver cagionato la degenerazione del tumore per le manovre intralaringee di asportazione. Fu allora che Semon si accinse a quel penoso lavoro di confutazione, che noi riportammo in largo sunto negli *Archivii*, col quale, facendo passare per il crogiuolo di una critica razionale ed imparziale, tutti i casi nei quali sarebbe accaduta la volu a degenerazione, dimostrò che si era dato corpo a mere supposizioni, e talvolta ad ombre! Il Browne tacque per qualche tempo. Ora ritorna alla carica, ponendo innanzi come cavallo di battaglia un caso nel quale Massei, Malbranc e Semon fecero in primo tempo diagnosi di angioma, che dopo l'operazione si addimostrò un tumore maligno. In questa occasione il Browne cita fuori proposito le opinioni di altri autori, mutila e corregge i loro giudizii su tale quistione, e ciò unicamente per imporre la propria opinione. Il Semon, però, gli risponde adeguatamente e dimostra che l'attacco del Browne, che nei primi tempi poteva essere ritenuto come scientificamente erroneo, oggi si rivela di nuovo tale. Così a torto egli fa dire al Mackenzie che i tumori laringei benigni possono degenerare con le operazioni intralaringee, mentre l'illustre laringologo inglese aveva detto e stampato proprio l'opposto.

In quanto al cavallo di battaglia, cioè a quel tumore che in primo tempo, senza l'esame microscopico, fu creduto angioma, Semon dice che trattavasi di un neoplasma primariamente maligno, come fu dimostrato dai ripetuti esami microscopici che ne fece Shattock. Clinicamente, presentavasi come un angioma o papilloma, e, per le sue peculiarità insolite, fu da lui descritto per la prima volta sotto il titolo: *Un caso insolito di papilloma laringeo.* Se si tiene presente che nei tumori misti si può cadere in equivoco anche con l'esame microscopico, quando si escide cioè un semplice pezzettino del neoplasma, non è punto a meravigliare che le note cliniche possano far credere sopposto di ciò ch'è realmente, ed ogni giorno in clinica laringologica si prel'entano casi di simil fatta. Però, il Browne nell'attacco tralascia di riferire un fatto importante, cioè che già nella prima operazione per asportare il tumore, l'esame microscopico rivelò che esso era d'indole maligna. Semon, in un momento d'indignazione termina affermando, che quando si giunge ad avere questo *coraggio*, qualsiasi polemica *scientifica* non è più possibile.

V. Meyer

FLATAU dott. T. S. — *Le malattie del naso, della faringe e della laringe (Nasen,—Rachen—uud Kehlkopfkrankheiten)* — Lipsia 1895.

Non v'è certo penuria di libri analoghi, ma se si pensa che ciascun autore consacra, in queste opere, il frutto della propria esperienza e le osservazioni personali, codeste pubblicazioni riescono sempre utili a chi le legge.

Così, il *manuale per gli studenti ed i medici* del dott. FLATAU, il quale se non colma un vuoto, porta un non spregevole contributo alla scienza ed alla pratica.

Il libro è diviso in pochi, ma comprensivi capitoli, e l'esempio coraggiosamente dato dal Prof. M. SCHMIDT è, in generale, seguito, in quanto che lo stesso processo è studiato non già 3 volte, nelle sue localizzazioni nasali, faringee e laringee, ma comprensivamente, come ad esempio: partecipazione delle prime vie aeree alle infezioni acute (cap. 4.°); flogosi croniche, infezioni croniche, neoplasie, nevrosi (cap. 5°, 6°, 7° e 8°).

La forma è chiara e sintetica; il piano dell'opera meritevole d'encomio; ma come di tutte le cose buone, essa ha qualche lato debole; è talora troppo concisa, talora mutilata.

Io son convinto che in una seconda edizione, colmate le omissioni, rifulgeranno meglio le bellezze delle vedute originali, che l'A. espone con la convinzione e la lena di un forte specialista.

MASSEI

ZUCKERKANDL Prof. E. — *Anatomia normale e patologica delle fosse nasali e loro annessi pneumatici* (*Anatomie normale et pathologique des fosses nasale, et de leurs annexes pneumatiques*). *Traduzione francese sulla seconda edizione tedesca per i dottori* L. LICHTWITZ e P. GARNAULT. *Un volume di 700 pagine in ottavo-grande con un atlante di 18 tavole doppie contenenti 400 figure.*

Ripetiamo col solerte editore Masson che questo libro di Zuckerkandl, fra i libri che trattino di anatomia normale e patologica delle fosse nasali, è non solamente il migliore, ma l'unico. La rinologia moderna ha preso da esso salde radici; ed in genere, i patologi, come gli anatomici, nonchè gl'istologi e gli antropologi vi troveranno solide basi per dilucidare e chiarire le varie quistioni ed i vari argomenti, che li riguardano.

Facciamo plauso, perciò, all'ottima idea, che hanno avuto i Traduttori, di darci non solo una edizione francese dell'opera classica e monumentale di Zuckerkandl, la quale riceverà così una maggiore diffusione in Italia, ma ancora di aver riunito il testo in un volume e le incisioni con le spiegazioni in un altro.

TRIFILETTI

SOCIETÀ LARINGOLOGICA BERLINESE

Seduta del 18 Gennaio 1895

Prima di passare all'ordine del giorno, Grabower comunica un'osservazione di Turner, il quale all'esame necroscopico di un caso che, durante la vita, aveva presentato paralisi motrice dei muscoli laringei, constatò completa degenerazione del musculus ambiguus.

Heymann presenta un'inferma con tumori papillari del setto. Inoltre, mostra un preparato cadaverico di analoga specie, nel quale forse eravi una malattia fondamentale specifica.

Passando all'ordine del giorno, Gerhardt tiene parola di alcuni mezzi che concorrono alla diagnosi, e propriamente l'esame della voce, l'ispezione degli organi della gola, la palpazione e l'ispezione dall'esterno. Egli, però, prende in considerazione soltanto i sintomi relativi ai fenomeni motori, fra cui sono da annoverare la diminuzione della mobilità nella fonazione ed il noto cangiamento di posizione nella stenosi del canale respiratorio. Così, per es., nel crup l'infermo inclina il capo in dietro per ampliare detto canale. Il noto stridore può talvolta essere inteso come fremito. Nella stenosi laringea esso si propaga meglio in basso, nella tracheale in sopra. Quando lo stridore è soltanto espiratorio, si può ammettere che trattisi piuttosto di una stenosi della trachea; se è unicamente inspiratorio, depone piuttosto per una stenosi laringea. La cosiddetta « pulsazione della trachea, » descritta nel 1887 da Oliver, avrebbe una rilevante importanza diagnostica per gli aneurismi dell'aorta. Però, questo sintomo non è sicuro. Relativamente alla pulsazione della laringe, ch'è stata osservata alcune volte, Gerhardt in un caso di aneurisma dell'aorta avvertì nella fonazione un'alterazione del ritmo.

Nell'atto normale della fonazione si sente la contrazione del tiroideo. Quando manca, l'esame con la corrente elettrica decide se trattisi di paralisi centrale o periferica. Inoltre, si può ricorrere altresì all'esame con la sonda. In alto si sente la vibrazione della corda. Anche qui spesso ha un valore l'esame comparativo dei due lati. Le paralisi degli adduttori possono forse essere accresciute premendo sul gozzo. La paralisi unilaterale delle corde vocali può migliorare con la pressione laterale.

In parecchie paralisi del postico si può subito provocare la voce mediante compressione semplice del torace. E' questa una specie di fonazione passiva.

Indi Gerhardt tiene brevemente parola dei movimenti pervertiti e spastici delle corde vocali. In due casi gli riescì di palpare questo movimento anche dall'esterno. In uno di essi gli parve come se si fosse trattato di un carcinoma del pulmone e della pleura. L'esame con lo specchio laringoscopico fece rilevare, ad amendue i lati, un movimento di tremore delle corde vocali,

ma nessun segno di paralisi. Nei tentativi di fonazione si verificò parimenti una modulazione della voce. L'autopsia fece rilevare, in amendue i lati, un sarcoma del pulmone e della pleura, ed a destra, sull'osso frontale, una produzione metastatica grossa quanto un uovo di gallina, la quale soltanto accidentalmente, quando l' infermo sollevavasi in piedi, provocava accessi di vertigine, ma nessun altro sintomo. Sul lobo frontale destro eravi una depressione di corrispondente grandezza. Forse qui risiedeva la causa dell'abnorme movimento a forma di tremore.

Treitel. Dopo l'estirpazione di un gozzo, che aveva prodotto la paralisi del ricorrente, la voce poteva essere di nuovo ripristinata mediante pressione sui lati.

Flatau menziona la spatula di Voltolini, che in una serie di casi, rende l'epiglottide adatta all'ispezione. Nella laringite sottomucosa con edema, egli potette, mentre un assistente eseguiva la depressione, praticare in questo modo vaste scarificazioni.

Fraenkel fa rilevare l'incertezza dell'esame comparativo della vibrazione delle corde vocali nei due lati.

Seduta del 15 Febbraio 1895

Landgraf tiene parola dell' edema laringeo circoscritto. Nel primo di questi casi, da lui osservato, trattavasi di un uomo a 40 anni, che un mattino si destò con una forte sensazione di pressione nel'a gola. L'infermo era apirettico, rauco ed aveva leggieri disturbi della respirazione. Nè tosse, nè dolori nella deglutizione o nella fonazione. Tumefazione edematosa dei due archi palatini, del ligamento ariepiglottico destro, della falsa corda vocale e della cartilagine aritenoide. Nessuna sensibilità alla pressione dall' esterno; nessuna tumefazione glandolare. Tre ore dopo, gli archi palatini erano detumefatti e liberi, ma l' ugola appariva più fortemente colpita e l' edema laringeo era passato a sinistra. Urina normale. Cuore e pulmone sani. Nelle ore pomeridiane notavasi soltanto a sinistra l'edema accresciuto. Il lato destro era libero. Nelle ore antimeridiane del giorno consecutivo, tutta questa scena erasi dissipata; però sulle estremità e sul tronco apparivano tumefazioni grosse da un tallero fino alla palma della mano, le quali erano sbiadite, ma non cagionavano nè gravi disturbi, nè dolori. Nessun disturbo della sensibilità. Più tardi rimase una tendenza a queste tumefazioni. Dieci anni prima era apparsa un' analoga affezione, in seguito ad eccitamento psichico.

Nel secondo caso trattavasi di un soldato sano. L'affezione esordì con una tumefazione, del resto indolente, della metà sinistra della lingua; nelle settimane consecutive insorsero tumefazioni analoghe delle estremità e sul tronco. Indi, fu colpita anche la metà destra della lingua. Lo stato generale non era punto disturbato. Tranne l'edema circoscritto, testè accennato, l'infermo non presentava altra anomalia.

Amendue questi casi appartengono all'edema circoscritto acuto, che fu descritto per la prima volta dal Quincke, e poi da molti altri osservatori. Esso presenta di caratteristico la mancanza di alterazioni della cute, come pure la mancanza del dolore e del prurito. Le parti che sono state attaccate la prima volta, vengono colpite con predilezione nelle recidive. La tumefa-

zione persiste per 3 a 7 ore. Parecchi ne vengono colpiti in determinati periodi della giornata, altri a determinati intervalli. La depressione, prodotta sulla tumefazione con la compressione digitale, si dissipa subito. In alcuni casi fu osservato che l'affezione migrò intorno alle aperture naturali, nella bocca e nella laringe. Nei casi più gravi, complicati, appariscono sintomi da parte del sistema nervoso (irritabilità, depressione, sonnolenza) e degli organi digerenti (vomito, colica e stipsi seguiti da diarrea), o dei reni (leggiera albuminuria, diminuzione della secrezione di urina). Talvolta agli attacchi di edema acuto circoscritto seguirono emoglobinuria parosistica e morbo di Basedow. Dal punto di vista etiologico, è a notare che qualche volta furono accertati l'ereditarietà, le influenze psichiche, l'alcoolismo, gli eccessivi strapazzi corporei. La prognosi, in generale, è favorevole, benchè una volta sia stato descritto un caso di morte per edema laringeo. Riehl avrebbe constatato persistente rilasciamento e tumefazione delle parti cutanee colpite. Non possediamo mezzi per combattere efficacemente quest'affezione. Si afferma che una volta il chinino sarebbe stato utile durante l'attacco.

Non si può decidere se quest'affezione sia dovuta ad uno spasmo della vena efferente, oppure ad un'angioneurosi con menomata permeabilità delle pareti vasali (Quincke, Struebing). L'A. ricorda il fenomeno ch'è stato prodotto dalla tubercolina e dai cantaridati sui punti infermi. Ond'è che si può pensare piuttosto che trattisi di un fenomeno tossico.

Nella discussione che seguì a questa comunicazione, Rosenberg dichiarò di avere osservato un edema laringeo acuto circoscritto in un individuo per tutt'altro sano, e che si diffuse ad una sola corda vocale.

Alexander riferisce un caso analogo.

Scheinmann descrive un caso di grave edema dei ligamenti ariepiglottici, nel quale con le scarificazioni si potette fare a meno della tracheotomia.

Schadewaldt fa rilevare che l'artritide può intervenire come fattore causale in questi casi così oscuri relativamente alla loro causa. Egli vide dissiparsi un grave edema laringeo apirettico, al quale si associò una tumefazione edematosa della pelle della faccia. Dopo la tumefazione, spuntò un polipo sulla corda vocale sinistra. L'anamnesi fece rilevare soltanto l'artritide.

Landgraf fa notare che a questa categoria non appartengono gli edemi circoscritti alla laringe come pure gli edemi infiammatorii.

Nella discussione, tenuta in ultimo sulla comunicazione di Schadewaldt, Rosenberg vorrebbe che non venisse generalizzata la teoria che Schadewaldt ha voluto trarre da una osservazione. Ricorda quella di Grossmann, cioè che una paralisi da compressione della corda vocale si rivela precedentemente con accessi laringospastici. Ed all'uopo ricorda un caso da lui osservato, nel quale un tale accesso si verificava durante l'esame laringoscopico. In altri casi di aneurismi, i disturbi del cuore si verificarono molto prima dei disturbi della fonazione.

Landgraf, rispondendo ad una domanda di Scheinmann, afferma che gli accessi asmatici possano verificarsi anche senza stimolazione del ricorrente.

Schadewaldt crede che l'osservazione di Grossmann deponga a favore della sua teoria, e riassume il suo punto di vista.

TH. FLATAU (*Berlino*)

VARIA

Annunziamo con vivo compiacimento la comparsa di 3 pubblicazioni edite pei tipi di Bertero in Roma.

Le pubblicazioni sono state fatte in segno di omaggio ai membri della Sezione di Medicina e Chirurgia militare dell' XI° Congresso Internazionale medico.

L'armata e l'accademia navale, titolo del 1° volume, è un decennio di statistica sanitaria compilata col sistema delle schede, ed è redatto con molta accuratezza e precisione. Compilatori sono stati il Dottor Petella della R. Marina ed il Cav. Augusto Zeri, addetto al Servizio Sanitario al Ministero.

Massaua, clima e malattie, sono studi fatti dai dottori Rho, Petella e Pasquale, durante la loro permanenza nella colonia eritrea. Il lavoro è suddiviso in varie parti, tutte importanti.

Ricordiamo senz'altro, il *saggio di topoidrografia e climatologia comparate, e le malattie febbrili più comuni a Massaua*, due capitoli scritti con amore e vera competenza.

L'*Atlante*, ove sono riportate, in splendide litografie e fotozincotipie, i diversi tipi delle nostre navi da guerra e degli ospedali ambulanti e dei dipartimenti, merita un sincero elogio, perchè è una pubblicazione che fa onore all'arte tipo-litografica italiana.

***

Quinto Congresso Internazionale di Otologia. — L'inaugurazione di questo Congresso avverrà in Firenze il 23 settembre 1895 e continuerà, come le precedenti riunioni, per quattro giorni, cioè fino al 26 di detto mese.

Secondo quanto fu deliberato nel 1888 nell' ultima Sessione di Bruxelles, nel Congresso Internazionale di Otologia di Firenze saranno trattati varii temi, o questioni, da servire per la discussione generale. Il soggetto di questi temi ed i nomi dei Relatori saranno presto spediti a tutti gli Otologisti, insieme all'invito di prender parte ai lavori della interessante riunione scientifica e di mandare al Presidente, Prof. V. Grazzi, di Firenze, od al Segretario-Tesoriere del Comitato Ordinatore, Dott. T. Bobone, di San Remo, i titoli delle comunicazioni che i cultori della otologia desiderano presentare.

***

Riceviamo e publichiamo volentieri la seguente circolare:

Nello scopo di aiutare le ricerche relative a rinò-laringologia e di farne ap-

prezzare il posto che questa deve occupare fra le branche speciali della Medicina, mi sono occupato a redigere un trattato esteso sulla sua importanza per l'organismo in generale, nonchè pei varii organi e tessuti.

Prego, perciò, tutti i Colleghi che hanno pubblicato lavori relativi alle suddette branche, di volermeli spedire, avendo cura di sottolineare le cose più interessanti.

Frankfurt sul Meno—36 Gärtnerweg.

Dott. MAXIMILIAN BRESGEN

*
* *

Con grandissima soddisfazione annunziamo ai nostri lettori che per iniziativa del Dottor P. Heymann va ad esser pubblicato un *Manuale di Laringologia* e *Rinologia* (*Handbuch der Laryngologie und Rhinologie*), la redazione del quale è stata affidata ai seguenti autori, che ne hanno accettato l'incarico:

Dr. Bergengrün (Riga), Prof. von Bergmann (Berlin), Dr. F. Bloch (Freiburg), Prof. P. Bruns (Tübingen), Prof. O. Chiari (Wien), Prof. I. Disse (Halle), Prof. W. Einthoven (Leiden), Prof. F. Rich. Ewald (Strassburg), Prof. B. Fränkel (Berlin), Dr. Eugen Fraenkel (Hamburg), Prof. Gaule (Zürich), Dr. Gerber (Koenigsberg), Prof. Gerhardt (Berlin), Dr. N. Hajeck (Wien), D. Hansemann (Berlin), Dr. P. Heymann (Berlin), D. Hopmann (Coeln), Prof. Jurasz (Heidelberg), Dr. R. Kayser (Breslau), Prof. Killian (Freiburg), Dr. Klemperer (Strassburg), Dr. Krieg (Stuttgart), Dr. Kronenberg (Solingen), Dr. Landgraf (Berlin), Dr. Victor Lange (Kopenhagen), Dr. Michael (Hamburg), Prof. M kuliez (Breslau), Dr. Onodi (Pest), Prof. Pienazek.

Questi nomi, così cari alla scienza ed alla nostra specialità, sono arra di un sicuro successo; sono promessa di un grande avvenimento scientifico, perchè il piano dell'opera, di cui il Dott. Heymann ci ha gentilmente favorito una copia, è davvero colossale, e l'opera (è l'unico appunto che facciamo) che, forse per eccessiva modestia, si è voluta chiamare un Manuale, colmerà una grande lacuna, e sarà certamente il libro prediletto dagli specialisti e dai medici generici.

*
* *

Il Movimento Medico di Roma pubblica i sommarii di tutti i giornali di Medicina e Chirurgia italiana — Abbonamento L. 3 annue.

* *
*

Nel XIII° *Congresso di Medicina interna* tenuto a Monaco dal 2 al 5 Aprile, e del quale, per ragioni indipendenti dalla nostra volontà, diamo troppo tardi l'annunzio, il dottor Heubner di Berlino avrà riferito sugli *effetti della Sieroterapia nella difterite*, ed oltre a questo tema, già fissato, si occuperà dell'istesso argomento il Baginsky (*azione patogena del siero nella cura della difterite*). Non mancheremo di tenerne informati i nostri lettori, se ne vale la pena.

*
* *

I benefici effetti del siero antidifterico, sono segnalati in varii punti della nostra Italia, e forse ci decideremo ad un lavoro che riassuma tutte le osservazioni, nel prossimo fascicolo.

Pel momento, aderiamo con piacere alla richiesta del bravo Dottor. Nicolò Palazzolo (da Agira), il quale oltre ai suoi 3 primi casi pubblicati nel N. 7 della *Riforma Medica*, ci manda notizia di altri 7, non ancora publicati, ed osservati dal Gennaio u. s.

Lasciamo la parola al Collega:

1.° Riccobene Giuseppe, di Vito, di mesi dieci — crup al secondo giorno — guarito con due iniezioni di siero Behring N. 1. (2 boccette).

2.° Scannella Giovannina, di anni 4 — difterite grave al 4° giorno — si iniettano una boccetta N. 1, ed una boccetta N. 3 dopo due giorni — morte.

3.° Marianna La Marca, di Vincenzo, di anni 4 — angina difterica grave — due iniezioni successive di due boccette, siero N. 2 e N. 1 — guarigione.

4.° Francesco La Marca, di Vincenzo, di anni 6 — fratello alla precedente — angina difterica al 2° giorno — iniezione di una boccetta, siero N. 1 — guarigione.

5.° Santina Calì, di anni 28 — difterite al 4° giorno — iniezione contemporanea di due boccette di siero N. 1 — guarigione.

6.° Giuseppe Mirenna, di Salvatore, di anni 5—diferite grave al 4° giorno— iniezione di una sola boccetta, siero N. 2—guarigione.

7.° La Pera Filippo, di ignoti genitori—di anni 5 $^{1}/_{2}$—difterite al 2° giorno — iniezione di una boccetta, siero N. 1 — guarigione.

Questi casi furono curati da me e dal Collega Luigi Scavone—Il quale, poi, per conto suo ha curato collo stesso metodo due altri casi a Nicosia, paesello vicino ed à ottenuto la guarigione di entrambi.

Essi sono:

Valenti Angelina, di Giovanni, di mesi 14.

Valenti Carmela, di anni 3 e mesi 4—iniezione ad entrambi di una boccetta di siero N. 1 — guarigione.

Cosicchè in Agira fra dieci casi, compresi quelli pubblicati nella Riforma, abbiamo avuto un solo morto, ed a Nicosia due guarigioni sopra due casi.

Non si è fatto l'esame microscopico, ma il siero è stato adoperato nei casi clinicamente accertati, e che erano i più gravi.

*
* *

Il prof. Behring a Napoli. — Spetta anche a noi, che siamo stati i primi in Napoli a dare il benvenuto a questo uomo illustre, di scriverne poche righe. Non abbiamo certamente in animo di dare a questa semplice cronaca, il carattere d'un vera intervista scientifica; altri lo hanno già fatto, e ripeterlo non farebbe buon sangue a tutti i lettori.

Ci piacerà invece ricordare, che il Behring, di ritorno da un viaggio in Oriente, si è lungamente fermato tra noi, e Napoli lo ha addirittura rapito. Durante la sua permanenza, egli ha visitato quanto di più inte-

ressante ha la nostra città, ed ha fatto delle escursioni a Pozzuoli, a Capri, ad Amalfi e Torre Annunziata, quasi sempre ricevuto dalle autorità municipali e dal ceto medico di tutti i luoghi.

Noi che scriviamo, e che abbiamo avuto la fortuna di essere quasi sempre in compagnia del Behring, non possiamo nascondere il palpito che ci ha fatto sentire la presenza di uomo sì illustre, di quell' uomo che nel mondo secreto delle cellule, nell'intreccio confuso e nella complicata struttura di una teoria nuova, vi ha apportato i raggi luminosi d' un alto e penetrante intelletto.

E la meraviglia e l'interesse crescevano di giorno in giorno, e il rivederlo ogni istante destava sempre più il piacere di vedere coi propri occhi ed ascoltare con le proprie orecchie, una persona d'un' abilità straordinaria, per dire l'abbiamo visto, l'abbiamo sentito anche noi il grande professore!

Nel Behring ammirammo non solo il valente batteriologo, ma eziandio il profondo pensatore, diremo quasi il filosofo della Medicina.

Seguimmo con attenzione e con piacere il suo parlare, ogni qualvolta toccando l'argomento della Sieroterapia, ci diede schiarimenti, ci persuase senza farsi trasportare dall'entusiasmo, ed anche nel giudicare degli effetti e nel definire l'applicazione del nuovo rimedio, mantenne sempre il riserbo del vero scienziato. Egli ci faceva provare, nelle dimostrazioni, quel compiacimento che proviene non tanto dal vero appreso, quanto da quella luce onde l'ingegno e la parola sanno irraggiarla, e da quell'ammirazione che si sente per chi fa il miracolo di poter far dire, anche a noi, alle buone madri, che tremano pei loro bambini in preda al ferale morbo: « *no, non piangete, oggi noi salviamo i vostri figli!* »

Il prof. Behring, durante il soggiorno a Napoli, dedicò porzione del suo tempo anche all'interesse per le cose scientifiche.

Visitò l'Istituto d'Igiene di questa Università, volle conoscere minutamente il metodo seguito per l'immunizzazione dei cavalli, volle sperimentare la dosazione del siero. Accettò 2 dosi di siero preparato nel nostro Istituto, e promise al suo ritorno a Berlino di sperimentarne l'efficacia sugli animali.

Grandemente s'interessò della cura consecutiva chirurgica del crup, vogliamo dire dell' *intubazione*, di questo novello metodo operativo che ha oggi acquistato abbastanza credito e di cui il direttore di questo giornale è uno dei più forti propugnatori, ed il Behring stesso si accertò che, mentre nei casi di minacciante laringostenosi è necessario ristabilire la respirazione, questo metodo offre anche al siero il tempo acciò possa spiegare la sua azione benefica.

Ci piace ancora ricordare come il Behring ci persuase della necessità che dell'uso del siero in caso di malattia, la dose di questo debba essere sempre maggiore in rapporto alla durata e gravezza del male e come si debba preferire a ripetute iniezioni d'una medesima dose, quella di una sola iniezione di dose più forte ed in una sola volta.

Si mostrò contrario ad un monopolio negli Stati circa la preparazione del siero e ci disse che egli si sarebbe dichiarato propugnatore per la installazione d' un' Istituto centrale internazionale pel controllo di tutti i sieri posti in commercio.

Noi serberemo grata memoria del contatto avuto con l'illustre scienziato.

e ci sentiremo felici di tenere scolpite nell'animo nostro l'elevatezza dei suoi pensieri, la vastità delle sue cognizioni.

*
* *

Nell' interesse dei medici pratici, soprattutto di quelli delle Provincie, il dott. A. Damieno, sotto la direzione, e per incarico del Prof. Massei, ha fatto, e continuerà a fare dei *corsi celeri* sulla *Sieroterapia applicata alla difterite e la intubazione.*

Sono già tre corsi espletati, con molta soddisfazione degli uditori, i quali, oltre che alle lezioni, hanno avuto agio di essere presenti a qualche intubazione sul vivo, a qualche cura di difterite, al salasso dei cavalli immunizzati ed alle iniezioni delle tossine, per immunizzarli.

Il 4° Corso avrà principio Lunedì 22 aprile, e come gli altri avrà la durata di una settimana.

Il corso comprende:

1) la diagnosi batteriologica della difterite, con i relativi esercizii;
2) la sieroterapia antidifterica ed i mezzi con i quali la si compie;
3) la intubazione (storia, tecnica, esercitazioni).

Il Corso, per cortesia del Prof. de Giaxa, ha luogo alle 3 pom. nell'Istituto d'Igiene, ed è così che coloro che lo frequentano, hanno agio di bene addestrarsi nella tecnica batteriologica ed assistere alle pratiche relative alle immunizzazioni degli animali.

L'onorario è di Lire Venti.

*
* *

Sicuri di far cosa grata ai nostri lettori volentieri pubblichiamo la seguente circolare pervenutaci dalla Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Padova:

Spettabile Redazione
della Rivista Veneta di Scienze Mediche

Di questi giorni ho ultimato un lavoro, che concerne una varietà di framboesia, che domina nel Brasile, dove viene detta *bouba*, e vi coglie grande quantità di vittime, tra quali moltissimi nostri connazionali emigrati. Taluni di questi rimpatriati, mi dettero occasione di studiarla diligentemente.

Riscontrai che non è una malattia comune svisata da ragioni di razza, di clima ecc.; che non è vero che si limiti alla pelle ed agli orifici mucosi e, meno ancora che sia morbo di poco conto ecc., ed altre cose assodai, che reputerei non inutile che fossero note. Al lavoro vanno unite sei tavole, con, in ognuna, molte figure dimostrative, ad uno o a più colori; per cui il lavoro non potrà venire alla luce, nella sua interezza, tanto prontamente.

Mi faccio obbligo perciò di trascrivere intanto alla Onorevole Redazione le conclusioni alle quali sono finora giunto, affinchè le renda di pubblica ragione, se le reputa utili ai lettori della pregiata Rivista.

Le conclusioni sono adunque le seguenti:

1. Molte endemopatie, distribuite dalle rive del Gange al Marocco, si abbracciano col nome di « *bottone d' Oriente* »; altre che dominano nell' Africa e nell'America giova comprendere colla voce collettiva di « framboesia endemica » o di « framboesia vera »;

2. Tra le varietà di questa, le *boubas* del Brasile non limitano la loro azione alla cute ed agli orifici mucosi; le abbiamo infatti rilevate invadere le labbra, le gengive, la faccia dorsale della lingua, la mucosa del naso, il palato duro, la faringe, la laringe, la trachea (in tre malati erano contemporaneamente lese le trombe di Eustacchio e le membrane del timpano);

3. Le *boubas* non appartengono assolutamente alla sifilide, neppure alle diverse specie di tubercolosi o a qualsiasi altro granuloma infettivo comune; esse rappresentano una malattia speciale ed autonoma;

4. Con tutta probabilità le *boubas* sono provocate e sostenute da un bacillo speciale, che noi abbiamo scoperto, quattro mesi sono, e ripetute volte riveduto, in numerose sezioni, nell'epitelio ed epidermide, nel corion mucoso e cutaneo ed in punti sottostanti; bacillo che ci figurò alla superficie di ulceri e nel lume di capillari sanguigni profondi, bacillo che denominiamo « bacillo della framboesia brasiliana » oppure « bacillo delle boubas ».

Nella lusinga che codesta Onor. Redazione crederà di assecondare il mio desiderio, Le inoltro i sensi della maggiore considerazione.

Devotissimo
PROF. ACHILLE BREDA
Direttore della Clinica

Padova, 10 Marzo 1895.

J. GOTTSTEIN

Un altro avello schiudevasi a Breslavia, il 10 gennaio di quest' anno, per racchiudere la salma di uno dei più diligenti ed intelligenti cultori della nostra specialità!

Chi sia stato Gottstein, e quale contributo egli abbia apportato all'edifizio scientifico delle discipline che coltivò con vero intelletto e grande amore, è noto a tutti, onde possiamo dispensarci dal redigerne l'elenco bibliografico. Fu uno dei fieri e fervidi campioni che scesero nella palestra laringologica quando questa emetteva i primi vagiti, e fino agli ultimi sgoccioli della sua vita, cosi dalla cattedra di laringologia nell' Università di Breslavia, come nella carriera professionale e nella letteratura militante specialistica, fu uno dei più dotti e convinti apostoli della Scienza a cui aveva consacrato tutta la sua attività intellettuale.

Pace alla onorata sua salma!

Questo fascicolo invece di pag. 48, ne conta 56: quello seguente, quindi, invece di 48 ne conterrà 40.

LA REDAZIONE

PARTE ORIGINALE

RICERCHE SPERIMENTALI SULLA FISIO-PATOLOGIA DEI NERVI LARINGEI INFERIORI *

pel dott. A. TRIFILETTI

Coad'utore alla Clinica Laringologica della R. Università di Napoli

Da vario tempo, nei laboratori annessi alla Clinica psichiatrica ed alla 1.ª Clinica Medica della R. Università diretta dal Prof. De Renzi e nei locali del nostro Dispensario, ho iniziato, con l'aiuto del Dott. Sgobbo prof. pareg. in Neuro-patologia, delle ricerche sperimentali (di stimolazione elettrica) sui ricorrenti laringei, nei cani, come contributo all'innervazione motrice della laringe.

Per intraprendere un tale argomento, innanzi tutto ho dovuto ripetere in parte gli esperimenti già praticati da altri, allo scopo di vedere se i risultati da me ottenuti collimavano con quelli. Poscia, sui dati ottenuti da queste prime esperienze ne ho praticate delle altre con metodo differente, per meglio determinare, possibilmente, la funzione di questi nervi.

La breve serie degli esperimenti, finora fatti, ho diviso in due gruppi principali, a secondo che ho seguito il metodo ordinario di stimolazione elettrica dei ricorrenti, durante l'anestesia dell'animale, ovvero senza di questa, come dirò in seguito particolarmente.

Talvolta, invece della stimolazione elettrica durante l'anestesia, ho cercato di condurre l'esperimentazione con altro metodo, cioè ho fatto perire l'animale nella narcosi cloroformica e sollecitamente sono passato a scovrire i ricorrenti per eccitarli. E per l'osservazione diretta della laringe poi, oltre a servirmi del morso ordinario, ho adoperato pure un metodo operativo atto a mettere allo scoverto tutta la cavità della laringe, come dirò in seguito, allo stesso modo, su per giù come hanno fatto Longet, Onodi ed altri.

Credo che i risultati, da me ottenuti, abbiano un qualche valore.

(*) Il riassunto di questo lavoro ha formato il soggetto di una Comunicazione, letta alla Sezione di Laringologia dell'XI Congresso Medico Internazionale, tenutosi in Roma nel 1894.

Col 1° gruppo di esperimenti in vero, io non ho potuto che rilevare quanto la maggioranza degli sperimentatori, Krause escluso (v. *Bibliografia* in ultimo) hanno constatato circa la fisiologia sperimentale dei ricorrenti; e col 2° e 3° grúppo ho ottenuto bensì gli stessi risultati, ma accompagnati da alcuni fatti forse non rilevati od apprezzati abbastanza da tutti i detti sperimentatori.

Qualunque sia l'interpetrazione che si voglia loro dare, io non ho altro intendimento, che di presentarli come un materiale eventualmente utilizzabile da altri per la conoscenza migliòre dell'innervazione motrice della laringe.

Ecco la serie delle esperienze secondo lo scopo e l'ordine come sono state praticate.

A molti di questi esperimenti sono stati presenti il Prof. Massei e gli Assistenti della sua Clinica, che colgo l'occasione di ringraziare insieme al Prof. Sgobbo ed ai Direttori delle precitate cliniche.

1.° Gruppo di esperienze

A.—Stimolazione elettrica del ricorrente integro o reciso, mettendolo allo scoverto col metodo ordinario, previa anestesia dell'animale.

Esperienza 1.ª—8 luglio 1892—Cagna di taglia regolare viene ligata all'apparecchio contentivo col dorso in sotto e la bocca aperta mediante morso, e narcotizzata con idrato di cloralio per via ipodermica. All'esame laringoscopico si vede la glottide lentamente dilatarsi e restringersi, seguendo gli atti respiratorii. Si scovre il laringeo inferiore di destra col metodo ordinario, cioè incidendo i comuni integumenti fino all'aponevrosi profonda della regione anteriore e mediana del collo, separando fra loro sulla linea mediana i muscoli sterno-joidei e tiro-joidei e andando alla ricerca del nervo in dentro del fascio nervo-vascolare del collo e precisamente nel connettivo che circonda la trachea di lato e profondamente. Nel frattempo persiste il notato movimento delle corde. Il nervo integro viene stimolato quasi in vicinanza del margine inferiore della cartilagine tiroide, mercè l'eccitatore annesso alla slitta di Du Bois-Reymond. Il reperto laringoscopico non cangia fino a quando i due rocchetti della slitta non sono ravvicinati a 20 *divisioni*.—Allora si notano piccoli e frequenti movimenti oscillatori nella corda vocale destra, che tende verso la linea mediana della glottide: oscillazioni che sono più manifeste nell'aritenoide corrispondente e che cessano di tratto in tratto per dare luogo ad una breve ed istantanea escursione in fuori della detta

corda. - A 19 *divisioni* della slitta, le notate oscillazioni in dentro e le escursioni in fuori della corda destra sono più spiccate e, vi partecipa, sebbene in minor grado, anche la corda sinistra. Nello stesso tempo si notano dei veri tentativi di ravvicinamento della corda destra alla linea mediana del glottide, ravvicinamento che incomincia dai due terzi anteriori delle corde.

A 18 *d.* della slitta, con molta evidenza si vede che la corda destra prima oscilla e poi si porta sollecitamente sulla linea mediana, mantenendosi in questa posizione finchè dura lo stimolo (adduzione).

A 16 *d.* si ha energico ravvicinamento delle due corde (spasmoglottico).

Dopo ciò, con un colpo di forbici si recide il ricorrente destro allo stesso livello dove è stato stimolato. Allora si vede che la corda destra non più segue, come la compagna di sinistra, i movimenti respiratori, e la si scorge immobile come un rilievo lungo la parete laterale della laringe (posizione cadaverica).—Si stimola il moncone periferico del ricorrente reciso con correnti gradatamente crescenti, e si ottengono i medesimi risultati ottenuti eccitando il nervo integro, salvo che vi abbisogna una distanza di 16 *d.* della slitta per aversi un decisivo ravvicinamento della corda destra alla linea mediana e 15 *d.* per l'avvicinamento spasmodico delle due corde. Stimolando poi il moncone centrale del nervo reciso con correnti crescenti, non si nota alcun movimento a livello della glottide, nè nel contegno dell'animale.

Esperienza 2.ª—11 settembre 1892—Cagna di manto nero, di media taglia, vien ligata al tavolo. Si mette a nudo il laringeo inferiore di sinistra col detto metodo. Si anestesizza il cavo orale con soluzione di cocaina al 10 %, in modo da poter pigliare la lingua con una pinza, senza che l'animale si risenta.

1.°) Si pratica la stimolazione elettrica del ricorrente sinistro, e si ottiene con correnti deboli (spostamenti della slitta Du Bois-Reymond da 15 a 10, 5) una contrazione oscillatoria, non spastica della corda corrispondente, mentre con correnti forti si ha spamo della glottide; però la contrattura è sempre più spiccata dal lato corrispondente al nervo stimolato. Questo risultato è costante dietro ripetute prove.

2.°) Si taglia il nervo prima stimolato e si ottiene paralisi della corda vocale corrispondente, la quale appare in un livello inferiore e più laterale che l'altra, e durante gli atti del respiro si vede muovere soltanto la corda sana.

3,°) Si stimola il moncone periferico del nervo reciso con correnti deboli (slitta Du Bois-Reymond, spostamento a 13) e si ottengono movimenti oscillatorii della corda paralizzata; aumentando lo stimolo si vede la corda affetta insieme alla corda sana contrarsi con l'istessa energia e chiudere, durante lo stimolo, la rima glottidea.

4.°) Portando lo stimolo sul ricorrente destro (messo a nudo senza isolarlo dai tessuti circostanti), si vede che una corrente debole fa contraire o aavvicinre alla linea mediana la sola corda corrispondente, mentre una corrente forte fa contrarre entrambe le corde.

5.°) Dopo una mezz'ora dalla prima osservazione, riesaminando l'animale (che non fu mosso dal tavolo) si nota: che lo stimolo elettrico, nelle medesime condizioni di prima determina gli stessi fenomeni precedenti, salvochè ve ne abbisogna uno più forte per avere gli stessi effetti evidenti di prima.

Dopo ciò la ferita viene suturata.

Osservazione dopo 24 ore—Fissato al tavolo il cane e cocainizzata la lingua ed il cavo orale, l'osservazione per la via naturale fa vedere che la rima glottidea è di forma irregolare, un po' obliqua a sinistra (l'estremità posteriere della rima volge a sinistra, lato paralizzato); inoltre le aritenoidi non si trovano allo stesso livello: quella di sinistra è a un livello superiore della destra ed è più pallida.

Si è cercato con lo stimolo elettro-faradico di eccitare i ricorrenti laringei attraverso la cute; ma non si ha avuto alcun movimento o contrazione delle corde: soltanto l' epiglottide era stirata ora a destra, ora a sinistra, secondo il lato stimolato.

Osservazione dopo tre giorni—Fissato l' animale e cocainizzata la sola punta della lingua, si osserva che le corde sono iperemiche e che solo la corda vocale destra si muove con l' atto del respiro; questo movimento diventa più energico con l' applicazione di uno stimolo elettrico sulla cute della regione prelaringea. Qualunque stimolo meccanico localmente applicato sulla corda sinistra non provoca alcun movimento. Lo stimolo elettrico, applicato sulla cute in corrispondenza del moncone periferico del ricorrente sinistro precedentemente reciso, fa muovere abbastanza energicamante la corda destra, mentre la corda sinistra o non si muove o al più è presa da leggiero tremolio.

Esperienza 3.ª — 19 settembre '92 (presente il Prof. Massei).—Cane di manto bianco, giovane, di media taglia. Si mettono allo scoverto entrambi i laringei inferiori, ma le osservazioni si fanno sul destro. I risultati sono identici a quelli ottenuti nell' esperienza precedente e che per brevità si riassumono così: la stimolazione elettrica del nervo integro determina contrazione o meglio adduzione della corda corrispondente alla linea mediana della glottide, quando la corrente è leggiera, e determina adduzione di entrambe le corde con chiusura della glottide quando la corrente è forte; di più, il taglio di uno dei ricorrenti rende immobile la corda corrispondente (paralisi); la stimolazione elettrica del solo moncone periferico del nervo reciso, quando è leggiera, provoca adduzione nella sola corda corrispondente, e quando è forte, adduzione in entrambe le

corde; la stimolazione del capo centrale, in fine, non determina alcun movimento nelle corde.

L'unica variante nei risultati di questa terza esperienza, rispetto alle altre due precedenti, si è che, dopo il taglio del nervo e la stimolazione del suo moncone periferico, il prof. Massei ha visto per un istante addurre alla linea mediana più la corda non corrispondente allo stimolo, anzichè quella corrispondente: fenomeno forse puramente sperimentale. Comunque sia, la corda corrispondente al nervo reciso, stimolata ed irritata direttamente non reagiva con nessun movimento.

Esperienza 4.ª — 10 aprile 1893 (nel gabinetto di Laringoiatria della R. Università nell'Ospedale Clinico). — Cane di manto grigio, giovane, di media taglia, vien ligato al tavolo e narcotizzato con iniezioni ipodermiche di cloralio idrato, che, o per la resistenza dell'animale, o per la cattiva qualità del preparato, siamo obbligati ad iniettarne man mano circa 6 grammi.

Si ricerca il ricorrente destro, e si pratica, mediante apparecchio di induzione, la stimolazione prima del nervo integro e poi del suo moncone periferico, previa recisione di esso. — I risultati sono identici a quelli ottenuti nelle esperienze precedenti, cioè: che la stimolazione elettrica del ricorrente integro, quando la corrente è leggiera, determina adduzione della corda corrispondente, e, quando è forte, adduzione energica di entrambe le corde (chiusura spastica della glottide); che il taglio del nervo rende immobile la sola corda corrispondente (paralisi) nella posizione cosidetta cadaverica; che la stimolazione del moncone periferico del nervo reciso si comporta egualmente come quella del nervo integro; e che la stimolazione del suo capo centrale non determina apparente alterazione nel movimento delle corde, nè altro disturbo nell'animale.

Dopo di che vien suturata, previa antisepsi, la ferita, con l'intenzione di continuare l'osservazione, ma l'animale non si riebbe più dalla narcosi.

Considerazioni. — Quest'esperienze riconfermano nell'insieme i risultati ottenuti dai precedenti sperimentatori (Krause escluso), cioè che i ricorrenti laringei in animale anestesizzato si addimostrano allo stimolo elettrico, come nervi di moto, inquantochè se la stimolazione si fa sul tronco integro o sul suo capo periferico, se reciso, si produce prima tendenza e poi avvicinamento decisivo alla linea mediana glottidea della corda corrispondente, o di entrambe le corde, e se invece essa cade sul relativo capo centrale non ha luogo alcun movimento delle corde, continuando a rimanere la corda corrispondente al taglio nella cosidetta posizione cadaverica (paralisi).

B. — Stimolazione elettrica dei laringei superiori ed inferiori, integri o recisi, immediatamente dopo ucciso l'animale mediante la narcosi cloroformica.

Esperienza 5.ª — 14 aprile 1893 (nei locali del Dispensario di Laringoiatria). — Cagna di manto nero, giovane, di media taglia. Si liga l'animale al tavolo e lo si fa perire nella narcosi cloroformica. Sollecitamente si mettono a nudo i quattro laringei, secondo il metodo ordinario: i superiori, a cominciare dalla loro inserzione al muscolo cricotiroideo fin dove isolatamente si vedono partire dal tronco del vago; gl'inferiori o ricorrenti, dal margine inferiore della tiroide fino ai $^2/_3$ del loro decorso lungo la trachea, e si stimolano isolatamente con l'apparecchio d'induzione. I risultati sono quegli stessi che si sono ottenuti nelle esperienze precedenti, quando l'animale era narcotizzato. Allora portiamo l'osservazione più da vicino, scovrendo tutta la laringe e distaccandola dalla sua unione all'osso joide, ed abbiamo egualmente mercè la stimolazione di ciascun ricorrente integro: adduzione della corda corrispondente con corrente leggiera, e adduzione bilaterale con quella forte.

Alla stimolazione dei singoli laringei superiori, poi, anche con corrente alquanto forte, non si è notato alcun movimento, nè cangiamento di tensione delle corde vocali, ma soltanto la contrazione del corrispondente muscolo crico-tiroideo, per effetto di che il tubo laringo-tracheale, nella condizione d'isolamento in cui si trovava, subiva un movimento di rotazione intorno al suo asse centrale e dal lato della stimolazione, nel mentre la parete posteriore della trachea diveniva prominente e restringeva così il lume del canale. Il meccanismo di questo movimento era chiaro: il tubo laringo-tracheale girava verso l'attacco superiore-posteriore del muscolo crico-tiroideo, il quale entrava in energica contrazione, mentre sporgeva la parete posteriore della trachea per la contrazione dei muscoli mesocondriaci.

L'evidenza di questi risultati è andata man mano scemando, fino a che, non si è ottenuto più nulla. Eguale risultato negativo si è ottenuto in questo momento, stimolando direttamente i singoli muscoli intrinseci della laringe.

Esperienza 6ª — 6 marzo 1894 (presente il Prof. Massei) — Cane giovane, di piccola taglia, di manto nero. Anestesia cloroformica che fa perire l'animale. Si procede al sollecito scovrimento della laringe e ricerca del ricorrente destro come nell'esperienza antecedente, e si ha che la stimolazione del nervo integro produce tremolio dell'aritenoide corrispondente al lato stimolato, con tendenza prima e poi con decisivo avvicinamento di una, ovvero di entrambe le corde alla linea mediana della glottide.

Essendosi l'animale raffreddato e la funzione del nervo quasi esaurita, si sospende l'esperimento. (1)

Considerazioni—I risultati di queste due esperienze, ad onta della modifica apportata alla esperimentazione, cioè della stimolazione dei ricorrenti appena dopo ucciso l'animale con la narcosi, collimano con quelli ottenuti dalle esperienze precedenti, alle quali ci riportiamo.

2. Gruppo di esperienze

Stimolazione elettrica dei ricorrenti senz'anestesia dell'animale, e servendosi di un metodo operativo che mette allo scoverto la cavità laringea.

Esperienza 7.ª — 19 giugno 1893 — Cagna giovane, di manto bianco, di media taglia. È ligata al tavolo per le zampe e col dorso in sotto; la testa è mantenuta fortemente estesa, in modo da fare sporgere la regione anteriore del collo. Senza narcosi s'incidono sulla linea mediana i comuni integumenti fino all' aponevrosi profonda; si separano i muscoli sterno-joidei e si tagliano i loro attacchi al joide, si tagliano nello stesso punto gli attacchi dei tiro-joidei. Emorragia quasi niente. S'incide di traverso la membrana tiro-joidea; l' epiglottide viene uncinata ed arrovesciata in fuori dell' apertura fatta e così viene posta sott'occhi la cavità della laringe per poterne osservare tutti i cangiamenti. Vedesi che la cavità della laringe è normale e che le corde vocali si muovono regolarmente, ora portandosi sulla linea mediana della glottide in giusta posizione, ora allontanandosi dalla medesima, secondo gli atti respiratori. Allora si ricercano i due laringei inferiori in vicinanza del margine inferiore della cricoide ed allo stato d' integrità si stimolano, l' uno dopo l' altro, con corrente leggierissima della slitta di Du Bois-Reymond, nel mentre si osserva la cavità della laringe. Si ha che le corde vocali, seguendo i soliti movimenti respiratori, di tratto in tratto si soffermano alquanto in fuori della linea mediana del glottide, dando l'apparenza di una contrazione tonica delle corde in fase di abduzione, nel mentre che gli apici delle aritenoidi, specialmente quello corrispondente al lato dello stimolo, sono presi da tremolio. Aumentando la forza della corrente, si accentua maggiormente il predetto movimento: le corde vocali, ed in ispecie quella dal lato dello stimolo, si soffermano più in fuori del limite prima raggiunto,

(1) In questi ultimi tempi ho praticato due altre esperienze col metodo già seguito nelle prime esperienze, ed i risultati ottenuti sono stati identici a quelli avuti e descritti finora.

mentre gli apici aritenoidei sono animati da maggiore movimento oscillatorio; i margini liberi delle corde si mostrano arrotondati, rigidi e lasciano fra loro uno spazio ampio, ovalare. Nello stesso tempo si osserva durante la stimolazione, che di tratto in tratto la cassa toracica, prima rallenta i suoi ordinari movimenti respiratori, e poi quasi bruscamente si sofferma per un istante in fase inspiratoria, a cui succede un rapido e rumoroso movimento di espirazione. Durante questa rumorosa espirazione avviene un ravvicinamento forzato ed istantaneo delle corde vocali (ravvicinamento che spiegherebbe il rumore espiratorio, dovendo la colonna d'aria attraversare la glottide ristretta). Si ripete l'esperimento, mantenendo isolato un tratto del nervo dai tessuti circostanti, e l'esito non cambia.

Allora si taglia il ricorrente destro, e nello stesso tempo si osserva la cavità della laringe: durante il taglio nessuna variazione nel comportamento delle corde, ma subito dopo, la corda destra si mostra punto mobile, mentre la compagna continua a seguire i movimenti respiratorii. Si stimola il nervo reciso nel suo capo periferico, e si ha, durante lo stimolo, ravvicinamento alla linea mediana delle due corde vocali, ravvicinamento che è di tratto in tratto interrotto da un rapido e momentaneo allontanamento delle medesime corde, coincidente con l'atto respiratorio. Se ne stimola poi il capo centrale e si hanno anche gli stessi risultati ottenuti a nervo integro, o con la stimolazione del suo capo periferico cioè: allontanamento delle corde vocali, in ispecie di quella corrispondente al lato stimolato (abduzione): allontanamento ch'è di quando in quando interrotto da un passeggiero ravvicinamento delle medesime corde; però sempre l'allontanamento coincide con la fase inspiratoria del torace, ed il ravvicinamento con la espirazione.

Ripetuto l'esperimento, curando di limitare lo stimolo al capo centrale od a quello periferico, si ha eguale risultato. Dopo di che, suturata la ferita, l'animale è lasciato libero.

Esperienza 8.ª — 28 giugno 1893 — (nel Gabinetto di Laringoiatria, presente il Prof. Massei) — Cagna piuttosto giovane, di manto bianco, di media taglia, poco addomestichita. Viene ligata col dorso in giù, mentre la testa è estesa in modo da fare sporgere la regione anteriore del collo. Si opera senza narcosi. Sulla linea mediana di questa regione s'incidono i comuni integumenti fino all'aponevrosi profonda: si separano fra loro i muscoli sterno-joidei e si tagliano i loro attacchi superiori al joide; si tagliano egualmente in sopra ed un po' in fuori gli attacchi dei tiro-joidei. I tessuti appaiono resistenti, le cartilagini laringee dure, quasi ossificate. Emostasi facile; un solo vase, che è adagiato sulla membrana tiro-joidea, vien tagliato fra due ligature. L'animale si agita e dà segno di dolore all'atto operatorio, e, costretto a tenerlo fisso con la testa estesa, è colpito da apnea da cui è presto liberato. S' in-

cide di traverso la membrana tiro-joidea, si uncina e si arrovescia in fuori dell'apertura fatta l'epiglottide e si guarda *de visu* la laringe. La mucosa laringea non presenta nulla d'anormale e le corde vocali si muovono regolarmente, seguendo gli atti respiratorii, i quali sono talvolta affrettati o sospesi secondo lo stato dell'animale. Si ricerca il laringeo inferiore di sinistra e lo si stimola allo stato d'integrità senza liberarlo dal connettivo circostante mediante correnti gradatamente crescenti dell'apparecchio d'induzione. Alla prima applicazione dello stimolo per un solo istante parve al Prof. Massei di vedere le due corde vocali portarsi e confrontarsi sulla linea mediana, nel mentre gli apici aritenoidei subivano un movimento oscillatorio.

Ma nelle consecutive applicazioni dello stimolo graduale si è ottenuto invece costantemente lo allontanarsi delle corde fra loro, al di là del punto che erano solite di raggiungere con gli atti respiratorii, assumendo l'apparenza di una contrazione tonica in fase di abduzione. Il movimento era sempre più spiccato da parte della corda del lato stimolato, ed era sempre accompagnato da oscillazioni degli apici aritenoidei. Di più, questi movimenti in fuori delle corde erano di quando in quando intercalati da un passeggiero avvicinamento delle medesime; ravvicinamento che coincideva con una subitanea e rumorosa espirazione, dopo che il torace rimaneva per un istante in forzata inspirazione. Allora si taglia il ricorrente sinistro, senza che l'animale se ne dà per avvertito e si ha il solito quadro della paralisi della corda corrispondente. Si stimolano, uno dopo l'altro, i capi del nervo reciso, ma stante la continua agitazione dell'animale ed un guasto sopravvenuto all'apparecchio elettrico, si ottengono risultati indeterminati, in mezzo ai quali pare che prevalga, qualunque sia il moncone nervoso stimolato, l'anzidetto reperto laringoscopico, cioè contrazione tonico-spastica delle corde vocali in fase di *abduzione*, interrotto talvolta da rapido ravvicinamento delle medesime corde, e quest'ultimo movimento coincidente con una forte e rumorosa espirazione. Si ripete la stimolazione, ma con esito eguale. Dopo di che il cane viene medicato e lasciato in libertà.

Esperienza 9.ª — 4 marzo 1894 — (nei locali del Dispensario di Laringoiatria, presente il Prof. Massei) — Cagna giovane, di piccola taglia, di manto rosso — Scovrimento della laringe e ricerca dei ricorrenti al di fuori di ogni anestesia, come nell'esperienza precedente. Stimolazione elettrica del ricorrente destro integro — Alle prime stimolazioni si nota tremolio dell'aritenoide ed avvicinamento della corda vocale del lato stimolato o di entrambe le corde alla linea mediana della glottide: movimento ch'è di tratto in tratto interrotto da sollecito divaricamento delle corde, che pare collimare con gli atti respiratorii — Alle stimolazioni successive prevale lo allontanamento più o meno marcato di una

o di entrambe le corde dalla linea mediana, e nello stesso tempo il soffermarsi della cassa toracica nell'inspirazione; condizioni che a volta a volta sono interrotte da una rumorosa espirazione con rapido ed istantaneo avvicinamento delle corde — Taglio di uno dei ricorrenti e stimolazione del suo capo centrale: gli stessi effetti che con la stimolazione del nervo integro. Stimolazione del relativo capo periferico: avvicinamento della corda corrispondente o di entrambe le corde alla linea mediana.

Le stesse prove di stimolazione ripetute sull'altro ricorrente danno per risultato un più sollecito ed evidente allontanamento delle corde.

Esperienza 10.ª — 20 marzo 1894 — (nei locali del Dispensario di Laringoiatria—presente il Prof. Massei). — Cagna giovane, di media taglia di manto nero. Scovrimento della laringe e ricerca del ricorrente sinistro senz'anestesia. Stimolazione del nervo integro. Alla prima stimolazione tremolio dell'aritenoide e tendenza all'avvicinamento della corda corrispondente alla linea mediana.

Alle stimolazioni successive prevalente allontanamento di entrambe le corde dalla linea mediana. Dopo il taglio del nervo, alla stimolazione del suo capo centrale seguono gli stessi effetti che con la stimolazione del nervo integro. Alla stimolazione del relativo capo periferico succede tendenza all'avvicinamento della corda corrispondente alla linea mediana. Ripetendo la stimolazione dei due monconi si ha, ora tendenza all'allontanamento, oratendenza all'avvicinamento delle corde alla linea mediana.

(V. *Considerazioni* in ultimo).

3. Gruppo d'esperienze

Stimolazione dei ricorrenti in animale non perfettamente anestesizzato.

Esperienza 11.ª — 8 luglio 1893 — Cane giovane, docile, di manto nero di media taglia. È ligato al tavolo col dorso in giù, con la testa estesa, ed è sottoposto a leggiera narcosi cloroformica, che non si ripete durante l'atto operatorio, stante la perfetta calma dell'animale. Incisione mediana al collo, distacco dei muscoli sterno-joidei, emostasi, taglio della membrana tiro-joidea, arrovesciamento in fuori della epiglottide: tutto si esegue come nell'esperienza precedente. Il movimento delle corde si coordina con quello del respiro.

Ricercato il ricorrente di sinistra, lo si stimola allo stato d'integrità con apparecchio d'induzione. Si osservano i seguenti mutamenti a li-

vello della glottide: 1.° con corrente debole la corda vocale, con l'aritenoide corrispondente al lato stimolato, tremola e mostra tendenza di soffermarsi un po' in fuori della linea mediana della glottide derogando dagli atti respiratorii; 2° con corrente di media intensità il detto tremolio si accentua non solo nell'istessa corda, ma invade moderatamente anche la corda opposta, con arresto delle due corde, specialmente di quella corrispondente allo stimolo, un po' in fuori della linea mediana, e presentandosi le medesime corde con i loro margini liberi concavi ed ispessiti; 3.° con corrente forte il tremolio delle due aritenoidi e l'arresto delle due corde in fuori della linea mediana sono più evidenti e rispecchiano maggiormente i caratteri di una contrazione tonica delle corde in fase di abduzione.

La rima glottidea, infatti, ha forma losangica od ovoidale allungata con estremità grande in avanti ed estremità piccola indietro. Nello stesso tempo, durante lo stimolo forte questa immobilità delle corde viene interrotta da un rapido e passeggiero ravvicinamento delle medesime, il quale coincide con un subitaneo atto di espirazione, però non così spiccato come nelle due ultime precedenti esperienze. Allora si taglia il tronco nervoso in esperimento, ed i relativi capi si stimolano con lo stesso metodo graduale. Si hanno i seguenti risultati: 1° alla stimolazione del capo centrale non consegue alcun mutamento evidente nel noto stato delle corde, nè nel contegno dell'animale, 2° ad ogni stimolazione del capo periferico consegue l'eguale ed identico reperto notato dopo la stimolazione del nervo integro.

Attesa la costanza di questi risultati, si sutura la ferita e si lascia libero l'animale.

Esperienza 12.ª — 12 luglio 1893 — (nei locali del Dispensario) — Cane giovane, docile, di grossa taglia, di razza bastarda e di manto bianco. Si procede come nell'esperienza precedente, salvo che la osservazione della laringe si fa per la via naturale. Narcosi cloroformica soltanto a principio d'operazione. La laringe è sana, le corde si muovono regolarmente secondo gli atti respiratorii. Si scovre il laringeo inferiore di sinistra. Stimolandolo allo stato d'integrità con correnti di vario grado crescenti ed osservando la laringe, si ha l'istesso quadro notato nell'esperienza precedente, ad eccezione del rapido avvicinamento delle corde e della fase di espirazione, che non hanno affatto luogo. Stimolando il capo periferico, dopo recisione del tronco nervoso, si ha il medesimo risultato anzidetto, e stimolando il relativo capo centrale non si osserva alcun mutamento a livello della glottide, al di fuori degli ordinari movimenti respiratorii. Si ripete l'esperienza egualmente sul laringeo inferiore di destra e si hanno gli stessi risultati.

Considerazioni — Queste esperienze del 3° *gruppo*, e viemaggiormente quelle del 2° *gruppo*, considerate nell'insieme, hanno dato risultamenti

che da un lato rassomigliano ai risultati ottenuti dal 1° gruppo e dall'altro lato se ne allontanano, avendo posto in evidenza nuovi fenomeni che conseguono alla stimolazione elettrica dei ricorrenti in date condizioni di esperimentazioni. Queste condizioni intanto, allo stato attuale delle nostre indagini, mal si prestano ad una esatta numerazione e valutazione. Generalmente parlando, io fra esse annovererò e citerò: l'esistenza o il difetto dell' anestesia nell'animale in esperimento, l'intensità e qualità dello stimolo adoperato e lo speciale atto operatorio seguito.

Prescindendo dalla preferenza da darsi all' anzidetto metodo operativo, che permette di controllare direttamente i cangiamenti che si avverano a livello della glottide, io credo che nessuna particolare influenza n'è derivata alla portata dei miei sperimenti, inquantochè gli stessi risultati si sono avuti tanto mettendo allo scoverto la laringe con questo metodo, quanto applicando il metodo ordinario di stimolazione elettrica (si confrontino le esperienze 11ª e 12ª).

Una prima condizione particolare, però, in questo secondo gruppo d'esperienze è, certamente, la mancanza di anestesia. L'anestesia, come si sa, dà luogo ad un sonno rapido, ad una generale insensibilità, ad un completo rilasciamento muscolare ed alla scomparsa dei riflessi; perciò si comprende che, facendo a meno di essa, questo potere sensitivo rimane desto, o meglio non si annulla, se esiste. Ora, se si applichino questi principii ai risultati qui ottenuti, non è difficile inferirne la natura mista del ricorrente. In vero si ritiene che l' innervazione dei muscoli dilatatorii della glottide (crico-aritenoidei postici) sia prevalentemente riflessa, e che l'innervazione dei muscoli costrittori della glottide sia prevalentemente diretta. Ora non sarebbe strano ammettere che l'anestesia dell'animale tenderebbe ad abolire, od abolirebbe effettivamente l'azione riflessa del ricorrente (sebbene quella bulbare o respiratoria fosse l'ultima a perdersi) e non la sua azione diretta, donde gli effetti differenti sulla glottide, a secondo dell'assenza o presenza dell'anestesia. Insomma l'azione riflessa del ricorrente sarebbe mascherata dall'anestesia nel 1.° gruppo d' esperienze e resa evidente nel 2° gruppo.

Quest'ipotesi non è nuova, ma la sua dimostrazione è differente, perchè i precedenti sperimentatori (Krause, Burkart, Masini ecc.) hanno creduto dimostrarla con condizioni di esperimentazioni affatto diverse dalle mie.

Comunque sia, tutto ciò non costituisce che una ipotesi, la quale non solo non è stata confortata dai risultati ottenuti dal terzo gruppo delle mie esperienze, ma richiederebbe sempre di essere controllata con altre indagini.

L'altra condizione di esperimentazione, che merita di essere considerata maggiormente nel caso nostro, è l'intensità e qualità dello stimolo. In vero nel corso del 2° e 3° gruppo delle mie esperienze (V. in ispecie *Esperienza 8ª*), spesso la mia attenzione è stata richiamata dall' irre-

golare funzionamento dell'apparecchio d'induzione annesso alla slitta di Du-Boy-Raymond, che mi ha obbligato talvolta a regolarne la funzione, tal'altra a sospendere le esperienze. Ora se ricerchiamo gli studi di fisiologia sperimentale fatti sui movimenti muscolari in seguito alle applicazioni di correnti elettriche sui nervi che vanno ai muscoli, ne sappiamo qualche cosa in proposito. Luchsinger, citato da G. Masini (V. *Bibliografia* in ultimo) con l'eccitazione del nervo che anima i muscoli delle tenaglie del gambero, ottenne estensione di queste con correnti deboli, e flessioni con le forti; Rollet ha osservato lo stesso per le gambe della rana, e Mosso pei muscoli della faccia nell'uomo; Fich ha pensato alla diversa grossezza e lunghezza delle fibre muscolari, ma Wedensky, citato insieme al primo da G. Masini (V. *Bibliografia*), non attribuisce nessuna importanza nè al nervo, nè al muscolo, ma tutto alla rapidità delle correnti interrotte, avendo ottenuto con coreuti a ritmo lento applicate allo sciatico della rana la flessione della gamba e col ritmo rapido la estensione. Ma qualche cosa di più ne sappiamo dallo stesso Hooper, che in esperimenti posteriori (V. *Bibliografia*) ottenne con un ritmo lento (18 a 20 interruzioni per secondo e correnti deboli) l'apertura della glottide, e con ritmo rapido (30 a 40 interruzioni per secondo) la chiusura; e dippiù si mostrò convinto che le correnti di forte intensità (a ritmo rapido o lento) dànno sempre la chiusura della glottide.

Sicchè nel 2° e 3° gruppo delle mie esperienze sembra più di tutto verosimile, che l'intensità ed il ritmo delle correnti adoperate abbiano influenzato sull'apparente diversità dei risultati ottenuti in confronto del 1° gruppo e quindi pare più verosimile ammettere che si sia trattato di un semplice *effetto sperimentale* (H. Luc), del resto inesplicabile come sono in fondo i risultati di Hooper, Jeanselme e Lermoyez, di B. Fraenkel e Gad (V. *Bibliografia*).

I nuovi fenomeni, intanto, sono bene esplicabili dal lato sintomatologico, perchè trattasi certamente di movimenti pervertiti e spasmodici delle corde vocali in fase di abduzione, accompagnati da atti inspiratorii egualmente spasmodici e pervertiti.

Per il resto è sempre da considerare che molteplici influssi spiegano sulla laringe i centri nervosi superiori, donde i differenti risultati sperimentali, i quali richiedono innanzi tutto di essere interpretati per non dedurne erronee conseguenze pratiche.

CONCLUSIONI GENERALI

Dalla breve serie delle esperienze che ho esposte parmi che si possa dedurre quanto segue:

1.° I ricorrenti laringei, in animale (cane) sottoposto alle ordinarie condizioni d'esperimentazione elettrica (anestesia ecc., e, più di tutto, uso di correnti elettriche non deboli, nè a ritmo lento), si comportano come nervi di moto, in quantochè stimolando il tronco integro o il suo capo periferico, se reciso, si produce prima tendenza e poi avvicinamento decisivo alla linea mediana glottidea della corda vocale corrispondente o di entrambe le corde; mentre poi se lo stimolo cade sul relativo capo centrale non ha luogo alcun movimento delle corde, continuando la corda corrispondente al taglio a rimanere nella cosidetta posizione cadaverica (paralisi).

2.° I ricorrenti laringei si comportano egualmente come nervi di moto e spiegano l'istessa influenza notata di sopra sulle corde vocali, se lo stimolo elettrico agisce sul nervo integro, o reciso, appena dopo ucciso l'animale nella narcosi cloroformica.

3.° In questa condizione di esperimentazione, egualmente come nervo di moto, si addimostra il ramo del laringeo superiore che anima il muscolo crico-tiroideo.

4.° I ricorrenti laringei, in animale non sottoposto alle ordinarie condizioni di esperimentazione elettrica (cioè senza l'anestesia e più di tutto con l'uso di correnti d'intensità variabile ed a ritmo lento), si comportano in un modo differente: 1° con la stimolazione del nervo integro e del suo moncone centrale, si ha bensì tendenza all'avvicinamento delle corde vocali fra loro, ma più di tutto si ha allontanamento delle corde vocali dalla linea mediana della glottide, specialmente di quella corrispondente alla parte stimolata (abduzione), accompagnandosi tale movimento a disturbi riflessi sul respiro in forma di una inspirazione forzata, seguita da una espirazione istantanea e rumorosa; 2.° con la stimolazione del capo periferico, invece, si ha prevalente contrazione tonica delle corde in fase d'adduzione.

5.° La stimolazione dei ricorrenti, in animale non perfettamente anestesizzato, e sottoposto a correnti d'intensità ed a ritmo variabili, dà risultati che partecipano di quelli rilevati al num. 1° ed al num. 4°.

6.° Per spiegare l'apparente contraddizione fra i risultati del 2.° e 3.° gruppo delle mie esperienze e quelli ottenuti dal 1.° gruppo, innanzi tutto parrebbe verosimile ammettere nei ricorrenti laringei anche *fibre ad azione riflessa* (Krause e Burkart), lo spiegarsi della quale azione nelle ordinarie condizioni di sperimentazione, sarebbe impedita o

mascherata dall' anestesia dell' animale; ma è molto più verosimile interpretare i nuovi fenomeni da me ottenuti come un semplice *effetto sperimentale*, collegabile con l'intensità e col ritmo delle correnti elettriche adoperate come stimolo, giusto le ultime risultanze sperimentali di F. Hooper ecc.

7.° Allo scopo di guardare *de visu* la cavità laringea e sorvegliare direttamente il movimento delle corde, pare commendevole il metodo operativo da me seguito, cioè: incisione dei comuni integumenti, fino all'aponevrosi profonda, sulla regione anteriore e mediana del collo; distacco dei muscoli sterno-joidei e tiro-ioidei dai loro attacchi al joide; taglio di traverso della membrana tiro-joidea e incisione dei ligamenti glosso-epiglottici laterali; infine, uncinamento ed arrovesciamento in fuori della epiglottide per la fatta apertura.

BIBLIOGRAFIA

Longet, Rech. exp. sur les functions des muscles et des nerfs du larynx. *Gaz. méd. de Paris*, *1841*. *Traité de Physiologie*, *1869*. — Cl. Bernard, Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux. *Paris 1852*. Schech, Experimentelle Untersuchungen über die Funktionnem der Nerven und Musklen des Kelkopfes. *Zeitsch f. Biologie, Bd. IX*, *1873*.— F. Semon Ueber die Lähmungen der einzelnen Fasergattungen des Nervus laryngeus inferior (Recurrens). Berl. Klin. Wochenschr. 1883, num. 46-47-48-49, e 1884 num. 22. — Exner, Die Innervation des Kehlkopfes. *Sitzungs d. K. Akad. der Wissen chaften*, *1884*. — Krause, Experimentelle Untersuchungen und Studien über Contrakturen der Stimmbandmuskeln. *Wirchow's Arch. Bd. XCVIII*, *1884*. — Krause. Ueber die Adduktorenkontraktur *(vulgo)* Postikuslähmung der Stimmbänder. *Arch. f. path. anat. 1885*, *Bd. 102*. — Jeanselme et Lermoyez, Étude sur la contractibilité « post mortem »..... *Arch. de physiologie normale et pathol. n. 6*, *1885*. — Hooper, The respiratory function of human larynx. *New-York med. journ.* 1885. — Hooper, The Anatomy and Physiology of the recurrent laryngeal nerves. *New-York med. journ. 1887*.—Semon and Horseley, On an apparently peripheral and differential action of ether upon laryngeal muscles. *Brit. med. journ. 1886*. — B. Fraenkel und Gad, Versuche über die Ausfallserscheinungen der Stimmbandbewegungen bei Abkühlung des Nervus Recurrens. *Centralblatt für Physiologie*, *1889*.—Onodi, Contributo alla dottrina delle paralisi laringee. *Centr. f. d. n. Wiscenschaft*, *1889*, recensione negli *Archivii Ital. di Laring. Gennaio 1894*. — R. Wagner, Die Medianstellung des Stimmbandes bei Rekurrenslähmung. *Virchow's Arch. 1890*, *120 Bd.* — G. Masini, Ricerche preliminari sulla fisiopatologia di alcuni muscoli della laringe. *Arch. Ital. di Laring. Gennaio-Aprile 1891*. — Livon, Contribution à la Physiologie des nerfs recurrentes. *Annales des malad. de l'oreille etc. Fevrier 1891*. — I. Dionisio, Contributo sperimentale allo studio della fisio-patologia del nervo ricorrente.

Archiv. Ital. di Laring. Luglio 1891. — Pinells, Degenerazioni dei muscoli laringei dopo sezione dei nervi laringei superiori ed inferiori. Recensione negli *Annales de malad. de l'oreille etc., Avril 1892.* — Onodi, I movimenti delle corde vocali dopo sezione dei nervi vaghi. *Annales de malad. de l'oreille etc. Novembre, 1893.* — R. Burkart, Ueber die Centripetale Leitung im Nervus vagus und speciell im Nervus laryngeus inferior. *Berlin. Klin. Wochenschr. 26 Sept. 1892.* — H. Burger, Della conducibilità centripeta del nervo laringeo inferiore e della posizione mediana patologica delle corde vocali. Recensione nella *Revue de Laryng. etc. 15 Gennaio 1893.* — E. Navratil Esperimenti sull' innervazione della laringe e sull'accessorio del Willis. Dall'*Ungarische Arch. f. Med.*; recensione negli *Arch. Ital. di Laring. Aprile, 1894.* — Luchsinger, Zur verschiedener Erregbarkeit functionell verschiedener Nervmuskelapparat. *Arch. f. d. Gesammte Physiologie, Pflüger, Vol. 28, 1882.* — Fick, *Pflüger's Arch. ecc., Vol. 30, 1883.* — Wedensky, *Centrablatt für Physiologie, Sept. 1887.* — Hooper, Effetti dei vari gradi di eccitamento sull'azione dei nervi ricorrenti laringei. *New-York Medical Journal, 1887.*

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

St.-Clair Thomson e Hewlett. — *I microrganismi del naso in istato fisiologico (Micro-organismes in the healthy Nose).*

Riproduciamo integralmente l'estratto di questa interessante comunicazione letta il 28 maggio alla *R. Società Medico-chirurgica* di Londra, richiamando l'attenzione dei lettori sulle precedenti *riviste* comparse, anni sono, sul medesimo argomento in questo stesso Giornale.

Gli autori hanno sempre lavorato sulla batteriologia delle vie aeree superiori. Cominciando dal naso, hanno prima di tutto investigato la sua condizione batteriologica nello stato sano. I risultati sono in antitesi in maniera sorprendente con quelli ottenuti dalla maggioranza dei precedenti osservatori e sono in diretta opposizione coll'opinione di molti medici, che ragionavano *a priori*.

Ogni ora ispiriamo circa 500 litri di aria, contenente in media 1500 microrganismi. E siccome tutta, od almeno la più gran parte di detta aria viene in contatto con la membrana mucosa, che tappezza le vie tortuose delle fosse nasali, così può ritenersi come certo, che la parte interna del naso debba mostrare una ricca profusione di microrganismi. Questo modo di vedere è ora completamente accettato e questo spiega probabilmente la scarsezza delle osservazioni batteriologiche della cavità nasale allo stato sano.

La letteratura del soggetto è venuta su in ordine cronologico. Solamente due lavori sono stati dedicati interamente alla batteriologia dello stato normale; in tutti gli altri le ricerche nello stato di salute, sono state fatte incidentalmente nell'esaminare il naso malato. I più disparati risultati si sono avuti a questo riguardo, come pure per la verità e l'abbondanza dei microrganismi che s'incontrano. Solo due autori, Loewenberg e Hajek, trovano una scarsezza di batterii nel naso, altri ne notano più o meno le varietà e la profusione.

Un osservatore trova lo *streptococco* di Fehleisen in uno per ogni cinque individui sani; un altro trovò il *diplococco* della pulmonite (Fränkel-Weichselbaum) una volta per ogni quattro osservazioni. Quest'ultimo osservatore frequentemente incontrò, insieme al bacillo della pulmonite (Friedländer) lo *streptococco piogeno* e lo *stafilococco piogeno aureo*, e non solo in considerevole numero, ma qualche volta in cultura pura.

Il metodo di esame adottato dagli autori fu quello delle culture in agar

e dei preparati su covroggetti colorati col violetto di genziana. Nessun tentativo fu fatto per isolare gli organismi trovati. Questa ricerca si riduceva alla presenza od all'assenza del microrganismo. Furono esaminati 13 individui sani. Furono fatte 27 culture e 14 preparati su covroggetti dal vestibolo del naso. Furono fatte 76 culture e 30 preparati su coproggetti dalla membrana mucosa della cavità nasale.

I risultati sono i seguenti:

1.° In tutte le ricerche batterioscopiche delle fosse nasali una chiara distinzione deve essere fatta tra il vestibolo del naso e la cavità mucosa propriamente detta. La prima è una continuazione della pelle ed è fornita di peli e glandole sudorifere e sebacee; non è una parte della cavità nasale, ma solo conduce ad essa.

2.° La negligenza di questa distinzione può spiegare la discrepanza delle precedenti osservazioni su tale soggetto.

3.° Nella polvere e nelle croste della mucosa, come pure nei depositi dei soggetti sani, i microrganismi non mancano mai. Sono raramente scarsi in numero; per lo più abbondano.

4.° Nella Schneideriana il rovescio è la regola. Gli autori non dicono che i microrganismi sono completamente assenti; evidentemente alcuni occasionalmente se ne trovano, ma nelle condizioni normali essi non sono mai abbondanti; essi sono raramente numerosi ed in più che 80 per cento di osservazioni non si rivenne alcun microrganismo ed il muco fu trovato completamente sterile.

5.° L'occorrere di microrganismi patogeni deve essere così poco frequente, che la loro presenza nella Schneideriana deve riguardarsi come molto eccezionale.

L'esperienza clinica giustifica le conclusioni dette e la loro applicazione nella pratica è sufficientemente chiara.

In conclusione, gli autori sfiorano i problemi suggeriti sopra, e riferiscono le quistioni che essi s'impegnano ora di risolvere.

DAMIENO

HERZFELD dott. J. — *Contributo alla cura dell'empiema del seno frontale (Zur Behandlung des Stirnhöhlenempyems).*

Sotto questo stesso titolo, il dottor Lauenstein, che esercita la professione in Hamburg, ha descritto un caso di empiema del seno frontale, che guarì in dieci giorni, dopo una piccola operazione. In base a questo risultamento, egli si è affrettato a proclamare che vi è stata esagerazione da parte di alcuni autori, a stabilire come riservata, se non addirittura come infausta, la prognosi di questa operazione, giacchè, dice lui, spesso si riesce a conseguire rapidamente la guarigione vuotando il pus attraverso una piccola apertura

In merito a questa comunicazione, Herzfed fa rilevare che Lauenstein è caduto in un grave equivoco, per il motivo puro e semplice, che ha dimenticato qualmente l'empiema del seno frontale non ha un decorso sempre eguale, giacchè vi sono casi acuti e cronici. I primi, spesso insorgono con una forte corizza, durante la quale può facilmente verificarsi ritenzione del pus nel seno frontale, tostochè la tumefazione della mucosa nel naso ostruisce il dotto escre-

tore. Gl' infermi accusano allora forti dolori, specialmente nella regione frontale; il nervo sopraorbitale in parecchi casi è molto dolente, in altri non mostra abnorme dolorabilità alla pressione; inoltre, questi ammalati sono tormentati da insonnia, e sovente hanno pure febbre alta. In questi casi, che sono frequenti, se i sintomi non sono molto tumultuari, si può anche ricorcorrere ad un trattamento espettante. Con l'applicazione di compresse fredde, con le pennellazioni di cocaina nell'interno del naso, con i purganti e col processo di **Politzer**, accade spessissimo che, detumefatta la mucosa, la occlusione cessa, il secreto, accumulato nel seno, si vuota e tutte le sofferenze cessano di botto, salvo a riapparire più tardi.

Ma, ben diversamente si comporta la bisogna circa la guarigione nelle suppurazioni croniche. In fatti, con l'apertura del seno frontale e col vuotamento del pus si possono dissipare i dolori, e può anche accadere che la ferita si chiuda rapidamente, specie se si ripristina la comunicazione col naso. Ma, ciò non significa che è stata rimossa l'affezione della mucosa che riveste il seno; e qualsiasi ricomparsa della corizza può di nuovo ostruire gli ostii, grazie alla tumefazione, e così riattizzare la sindrome fenomenica. Prima di tener parola di guarigione completa, bisogna controllarla con l'esame del naso. E qualsiasi specialista esperto sa che la rimozione completa delle suppurazioni croniche è difficilissima, e quasi mai può essere conseguita in breve tempo.

Nè ciò è tutto. La stessa diagnosi delle suppurazioni croniche dei seni frontali è molto difficile. Sovente bisogna tenere l'infermo sotto osservazione per settimane intere, prima di imbroccare con esattezza la diagnosi, in base alla quale si può prendere la decisione di aprire il seno frontale. I dolori spesso mancano completamente; la tumefazione, al pari che nelle suppurazioni del seno mascellare, esiste di rado. L'unico sintoma può essere costituito dalla suppurazione dell'orecchio medio. — In generale, quando si riscontra il pus nel naso, che è privo di polipi e di granulazioni, devesi anzitutto accertarne la provenienza. Dopo averne eliminata la massima parte con i tamponi, si constaterà se si può seguirlo in direzione del jato semi-lunare, e rispettivamente nel mezzo del naso, fra il setto ed il cornetto medio, nel qual caso per lo più si ha da fare con una suppurazione dell'antro di Highmoro. Il pus, che proviene dal seno frontale, d'ordinario si raccoglie in avanti ed in alto, direttamente sotto il dorso del naso, sul pavimento del seno, e bisogna guardare molto in alto nel naso dell'infermo per scovrirlo. Se deriva dal seno sfenoidale, esso sta direttamente davanti alla parete anteriore del medesimo, e quindi in tutt'altra regione; ma per lo più, anche allora si constata una forte tumefazione della mucosa del setto sulla parete anteriore del seno sfenoidale. Dopo che il naso fu completamente deterso dalla marcia con i tamponi, si può sovente osservare direttamente da quale direzione esso provvenga, facendo soffiare dal lato infermo mentre si tiene chiuso quello sano, e contemporaneamente, attraverso lo speculo, si guardi nell'interno dell'organo. In parecchi casi, con questi dati diagnostici, si riesce ad accertare donde deriva il pus.

In quanto alla illuminazione per trasparenza del seno frontale, che parecchi autori hanno caldamente raccomandata in questi ultimi tempi come un prezioso sussidio diagnostico, **Herzfeld** non vi presta molta fiducia. Però crede che, eseguendola per la via della bocca, si possa trarne qualche utilità per la

diagnosi differenziale, giacchè talfiata essa può fare escludere che si tratti di una suppurazione del seno mascellare. In fatti, quando il naso ad un ripetuto esame apparisce pieno di pus, ed in amendue i lati l'illuminazione apparisce di eguale intensità, per lo più si può escludere fondatamente una suppurazione del seno mascellare, giacchè ogni forte raccolta di pus nel medesimo oscura il rispettivo lato. E poichè il pus del seno sfenoidale risiede in un altro punto, che d'ordinario è onninamente caratteristico; laddove la suppurazione dalle cellule etmoidali non è molto abbondante, e di rado insorge sola, ne risulta che si può riconoscere la suppurazione del seno frontale. In vece, se il punto affetto rimane oscuro nella illuminazione per trasparenza, balenerà subito alla mente la supposizione, che possa trattarsi di un processo suppurativo del seno mascellare, e ciò può essere ben presto accertato od escluso mercè un'apertura esplorativa con consecutivo lavaggio, dopo il quale, se si constata ancora il pus sulla vôlta (facendo soffiare dal lato infermo, mentre si tiene chiuso quello sano), devesi inferire che havvi un'affezione del seno frontale. L'apparizione di una tumefazione nella regione del seno frontale avvalora essenzialmente la diagnosi, ma per lo più è un segno che manca.

Difficilissima addirittura riesce la diagnosi quando il naso è riempito di polipi o di granulazioni, e nel tempo stesso èvvi carie od empiema dell'osso etmoidale. In tal caso, bisogna anzi tutto liberare il naso dai polipi ed asportare le ossa cariate prima di potere stabilire, con una certa sicurezza, in quale cavità accessoria risieda l'affezione. — Abbiamo già accennati i dati diagnostico-differenziali fra la suppurazione del seno mascellare e quella del seno sfenoidale. Maggiore difficoltà s'incontra, però, nel risolvere lo stesso quesito, fra la suppurazione dell'osso etmoidale (e specialmente delle cellule etmoidali anteriori) e quella del seno frontale. Aggiungi, che in parecchi casi le cellule etmoidali sboccano in parte nel seno frontale. Soltanto la tenacia con cui persiste la suppurazione dell'osso etmoidale e la continua ricomparsa delle granulazioni, malgrado un largo raschiamento di cellule etmoidali, deve far desumere che trattasi di un empiema del seno frontale. Tostochè è stata stabilita questa diagnosi, non bisogna sciupare tempo con injezioni e sondaggi, ma fa d'uopo procedere risolutamente all'operazione.

Relativamente a quest'ultima, Herzfeld fa rilevare che l'apertura del seno, procedendo dall'interno del naso, nel modo come viene praticata da Schaeffer e da Winscher, cioè perforando la parete inferiore del seno, è pericolosissima, giacchè può essere facilmente perforata la lamina cribrosa. Ed il pericolo è tanto maggiore, quanto meno il seno frontale, e rispettivamente il suo pavimento, si estende in dietro (il che non può essere mai rilevato dalla configurazione esterna).

Herzfeld opera sempre dall'esterno. Dopo asportata la parte mediana delle ciglia, esegue un taglio orizzontale che dal centro delle medesime perviene fino all'apofisi frontale; l'emorragia ordinariamente suole essere abbastanza intensa, e bisogna subito frenarla. Ciò fatto, arrovescia il periostio, ed apre il seno con lo scalpello e col martello. Tostochè apparisce la mucosa del seno, bisogna inciderla con uno scalpello. Aperta la cavità, bisogna allontanare anzitutto la marcia con stuelli, o col lavaggio; indi, si introduce il cucchiaio tagliente, dapprima delicatamente, per non ledere la mucosa,

qualora essa non sia munita di granulazioni. Ma se queste esistono, e l'osso è denudato della mucosa, la sgorbia deve agire più o meno energicamente, a seconda delle condizioni esistenti nel caso singolo. In tal contingenza suole verificarsi una emorragia profusa; il sangue si effonde nel cavo nasofaringeo, e può essere facilmente aspirato. Per evitare tal cosa, Herzfeld consiglia di eseguire il raschiamento facendo stare l'infermo col capo pendente; tostochè si verifica una emorragia profusa, egli introduce una striscia di garza nella cavità. In uno o due minuti, l'emorragia cessa, e si può allora continuare a raschiare delicatamente le granulazioni, ispezionando eventualmente la cavità col sussidio della luce elettrica. In siffatto modo è reso anche possibile di passare la sgorbia su tutte le pareti ed allontanare tutta la parte inferma.

Il trattamento consecutivo consiste nei lavaggi con soluzioni antisettiche e consecutivo zaffamento con garza al jodoformio. Per suscitare rapidamente un'attiva formazione di granulazioni nel seno, Herzfeld spalma sovente la garza con balsamo peruviano ogni qualvolta si cambia la medicatura. Se la secrezione non è molto profusa, è opportuno colmare la perdita di sostanza con la pasta cerata di Schleid, la quale facilmente si solidifica e costituisce una buona chiusura antisettica.

In fine, qualora la suppurazione del seno frontale fosse associata ad affezioni di altre cavità accessorie del naso, si dovrà incominciare dal curare la prima, altrimenti in quel punto potrebbe essere sempre riattizzata l'infezione delle parti più profonde.

(*Deutsche Medicinische Wochenschrift;* Nr. 12, 1895).

BRESGEN dott. M. — *Le Rinopatie nei bambini che vanno a scuola* (*Die Nasenkrankheiten der Schulkinder*).

È questo l'argomento prediletto dell'autore, sul quale egli insiste da anni, richiamandovi sopra premurosamente l'attenzione dei colleghi, delle autorità scolastiche e dei padri di famiglia. Già parecchie volte nei nostri Archivii abbiamo accennato le congeneri pubblicazioni del Bresgen. Additiamo ora quest'altra, nella quale egli fa di nuovo rilevare i gravi danni che possono derivare ai bambini dalle rinopatie trascurate.

L'A. tiene parola delle corizze acuta e cronica. Alla prima vanno soggetti tutti gl'infanti; e, per solito, specialmente in quelli delle classi popolari, non si suole prestare l'attenzione che meritano ai catarri nasali cronici; onde spessissimo si vedono talvolta questi infelici che, per mancanza di governo igienico e per effetto del liquido segregato dal naso e non deterso, hanno il labbro e le guance con eruzioni eczematose e coverte di croste. Nè ciò è tutto, giacchè, pur prescindendo da questi inconvenienti, èvvi a prendere in considerazione un altro fatto della massima importanza, cioè che la rinite cronica, quando trova un sostrato linfatico, scrofoloso, ecc., facilmente rende i tessuti un terreno nutritivo favorevole ai più gravi germi morbigeni che si conoscano, e schiude così l'adito a processi luposi e tubercolari propriamente detti, scrofolosi, erisipelatosi, ecc.

Inoltre, la cronica rinite suole spessissimo indurre tumefazione permanente della mucosa nasale, per cui la respirazione nasale viene più o meno inceppata, e talvolta completamente soppressa. Ora, basta tener presente la entità fi-

siologica di quest' ultima, per comprendere di leggieri i disturbi che debbono scaturirne, giacchè la respirazione diviene superficiale, insufficiente, si respira un'aria che non è depurata dal filtro nasale, ma pregna di germi patogeni, le cefalee sono frequenti, lo sviluppo fisico e psichico è stentato, e non sono rari i casi, specie nei bambini cagionevoli, che l' impedita respirazione nasale, conduce difilato a quel tramite, dietro il quale si appiatta il bacillo tubercolare con tutte le sue nefaste conseguenze.

Un altro fatto importante, additato dall' osservazione clinica, è che l' impedimento della via aerea nasale induce, in molti infermi, uno sternuto violento, quasi come per forzare la penetrazione dell' aria nel naso. Però, con questi sternuti intensi accade che non soltanto la membrana timpanica subisce una pressione abnorme, ma spesso viene sbalzato il muco nelle tube e nell' orecchio medio, e quindi ne ammala la mucosa. Ciò si osserva con la massima evidenza nelle infiammazioni recenti della cavità nasale e faringea. Appunto in conseguenza dei forti tentativi di sternuto, spesso si verificano otiti medie, le quali, se trascurate, attizzano quelle gravi otopatie, che non poche volte mettono capo alla diffusione della flogosi nella cavità cranica.

In tutte le forme di rinite cronica, anche l' occhio per lo più non va immune da disturbi, e viene attaccato da dacriorrea, diviene molto sensibile alla luce, si stanca facilmente, ecc. In questi casi, qualsiasi cura locale dell' occhio non approda a nulla. La guarigione è possibile soltanto con la rimozione dell'affezione del naso.

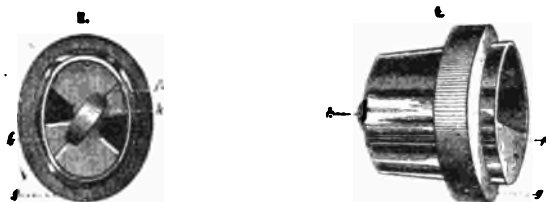
In queste poche parole è compendiata tutta l' importanza fisiologica di quest' organo, i cui processi patologici facilmente vengono negletti, specie nei bambini del popolo, donde le esiziali conseguenze, qui sommariamente additate. Da questo punto di vista, è a congratularsi col Bresgen, che con filantropico animo si è assunto il nobile apostolato di portare a conoscenza del popolo, dei medici generici e delle autorità Statali questi fatti che hanno altresì una importanza sociologica, giacchè rifulge con la massima evidenza che appunto la malefica negligenza con cui si suole assistere da parte delle rispettive famiglie a malattie, che in apparenza sembrano un nonnulla, ma che sono fomiti di perniciose conseguenze, ha per risultamento finale che ogni anno entrano nella vita pratica giovani con sviluppo fisico e psichico scadente, i quali, impotenti a lottare per l' esistenza, non trovano posto nel simposio della vita, e costituiscono ciò che va col triste nome di zavorra sociale.

(*Münchener Med. Wochenschrift;* Nr. 1, 1895).

KAFEMANN — *Otturatore nasale.*

È un ingegnoso apparecchio, costituito da un tubo metallico conico, ovale (fig. 1), che nell'interno contiene un meccanismo per regolare a piacere l'entrata dell' aria. La regolazione è determinata da due alette metalliche (f ed f 1) le quali mediante un bottone (k) possono essere girate in modo, da chiudere più o meno le aperture. La fig. 2 (veduta dal dietro) rappresenta l'aletta chiusa a metà. La piastrina (p) che chiude in parte l'estremità anteriore, serve ad accogliere un medicamento (secco oppure versato sopra uno stuellino di

ovatta) per rendere possibile un' inalazione permanente. Questo istrumento viene introdotto con l' estremità più sottile nel naso.



Esso, secondo l'Autore renderebbe buoni servigi soprattutto in quei casi di ozena, che si associano a forte dilatazione dell' interno del naso. Poichè, dice egli, la Batteriologia ha dimostrato in modo inconcusso che l'ozena è un'affezione di natura batterica prodotta da uno speciale cocco, che si riscontra soltanto in questa malattia, e poichè l'anatomia patologica dimostra che l' ozena deve essere riguardato come un processo cronico-flogistico, il cui stadio terminale è caratterizzato da sclerosi del tessuto e da metaplasia epiteliale, bisogna servirsi di quei medicamenti, che stimolando in permanenza i vasi, possono efficacemente ovviare ad un ulteriore raggrinzamento. Un farmaco che, oltre ad essere un forte antisettico, è altresi un energico stimolante nasale, è il mentolo. Secondo l' A., esso sarebbe quasi uno specifico dell' ozena. Le inalazioni quotidiane di mentolo con quest' otturatore esplicherebbero un' azione salutare delle più cospicue nell' ozena.

Inoltre, quest'apparecchio potrebbe essere utilizzato altresi nella cura di tutti i catarri acuti del naso e della cavità naso-faringea, come pure della laringe e dei bronchi. I medicamenti, di cui si può fare uso col medesimo, sono gli olî eterei, in quel grado di combinazione e di concentrazione, che più si adatta al singolo individuo. All' uopo si versa una goccia di un olio etereo sopra un pezzettino di ovatta (il cui volume non deve oltrepassare quello di un piccolo pisello), e lo si pone nel cavo dell' apparecchio, ove è rattenuto dalla sopra cennata piastrina. — Quando si dovrà detergere l'apparecchio, è opportuno fare uso dell' alcool rettificato.

Il Prof. Massei, che ha avuto agio di usare l' ingegnoso apparecchio in più d' un caso, se ne dichiara assai soddisfatto. Può aversi anche quì, in Napoli, presso il Prof. Arena, Farmacia in via Roma, N. 129.

HERZFELD dott. J. — *Contributo all' illuminazione elettrica per trasparenza delle ossa della faccia e della pupilla nell' empiema dell'antro di Highmoro (Zur Frage der electrischen Durchleuchtung der Gesichtsknochen und der Pupilla bei Empiema Antri Highmori).*

Quest' argomento, che tanto ha appassionato i laringologi negli ultimi tempi, è stato da noi seguito in tutte le sue fasi, a partire dalla prima comunicazione, che su di essa fece il compianto Voltolini, e da quelle consecutive ed affermative del Vohsen e dell' Heryng, fino alle obbiezioni che Heymann, Schech, Ziem, Walther e Freudenthal hanno ultimamente accampate, negando — quale più, quale meno recisamente — che la illuminazione

per trasparenza possa essere utilizzata come mezzo diagnostico. Inoltre, menzionammo pure la comunicazione di Davidsohn, secondo il quale soltanto il reperto dell'occhio è attendibile, perchè le guance e le ossa della faccia, anche quando èvvi una piccola quantità di pus, possono essere illuminate per trasparenza, laddove le pupille anche allora rimangono oscure.

A causa delle discrepanze di opinione, così salienti, fra gli autori, Herzfeld ha voluto eseguire alcune ricerche cliniche e sperimentali per accertare chi fra i cennati autori erasi apposto al vero. Ed in base a queste indagini è pervenuto al convincimento che si è esagerato non poco col devolvere alla illuminazione per trasparenza una cospicua entità diagnostica per gli empiemi dell'antro d'Highmoro, e sul proposito riferisce alcuni casi clinici, che meritano di essere sommariamente accennati. In due casi di cronico empiema, che — a giudicare dall'anamnesi — esistevano già da anni, le ossa della faccia e le pupille rimasero completamente oscurate, nè si rischiararono dopo che l'infermo ebbe vuotato abbondanti masse fetide. — Un altro, affetto da empiema bilaterale, era curato da anni per empiema a destra; l'affezione a sinistra non era stata punto diagnosticata. Nella illuminazione per trasparenza il lato destro appariva completamente oscuro; il sinistro veniva mediocremente rischiarato, qualche volta anche la pupilla. Nell'apertura del seno, si notò anche da questo lato una grande quantità di pus fetido. È degno di nota, che anche da questo lato, dopo il lavaggio non fu più accertato un rischiaramento della pupilla, il che era stato osservato chiaramente prima dell'apertura del seno. In questo caso il medico curante era caduto in equivoco per il risultato dell'illuminazione per trasparenza, giacchè egli per mesi interi aveva curato soltanto il lato destro, mentre l'anamnesi e tutto il decorso dinotavano che era già affetto il lato sinistro. È probabile che anche allora la pupilla fu illuminata per trasparenza, sicchè non fu stabilita la diagnosi di empiema, per cui fu tralasciata l'apertura dell'antro.

Interessanti sono altresì le ricerche sperimentali fatte dall'A. sopra un robusto giovine di 23 anni, nel quale, dopo asportazione del secondo dente canino e del primo molare, l'antro a sinistra fu aperto fino al punto, che lo si poteva agevolmente osservare. In questo caso la secrezione, che era durata più di un anno, incominciò a cessare dopo che furono avulsi tutti i denti guasti. Ogni giorno l'A. injettò nell'antro una soluzione fenica al 3 %, con la sgorbia raschiò dalla parete laterale una piccola zona cariata, e poi causticò col nitrato di argento. Dopo otto settimane la secrezione erasi del tutto dissipata. Se quest'infermo, che aveva l'antro largamente aperto, e nel quale la perdita di sostanza era stata colmata con una placca di caucciù, l'A. eseguì ripetutamente alcune ricerche sperimentali circa l'illuminazione per trasparenza, dalle quali ebbe alcuni risultamenti importanti, che crede degni di menzione. Egli trova esatta l'asserzione di Davidsohn, cioè che il rischiaramento della pupilla, quando vi sono condizioni normali nell'interno del naso, parte dal seno mascellare. Allorchè il seno era riempito di ovatta a metà, venivano illuminate per trasparenza l'orbita e la pupilla, quando la perdita di sostanza non era colmata da una placca di caucciù; però l'illuminazione non era così intensa come dal lato sano, e si produceva soltanto quando si usava una sorgente luminosa molto intensa. Chiudendo la perdita di sostanza con una piastra di caucciù o di celluloide, la

pupilla rimaneva oscura quando il seno mascellare veniva riempito com l tamente di ovatta, laddove il margine orbitale e le ossa della faccia restavano ancora illuminate per trasparenza (se la sorgente luminosa era molto intensa) benchè non in grado così cospicuo come dall' altro lato. In vece, la parte che sta direttamente davanti all'antro, e quindi la regione della guancia, rimaneva abbastanza rischiarata in questi esperimenti, giacchè una quantità sufficiente di luce passa attraverso le lacune interdentarie. — Versando sul pavimento del seno un pò di latte, la pupilla, ciò malgrado, veniva illuminata per trasparenza. — Risultamenti su per giù analoghi ebbe l'A. in due donne, una delle quali aveva l'empiema a destra, e l'altra a sinistra. Ed è certo che il pus non lascia passare la luce meno del latte, tanto più che quest'ultimo coagula ben presto e precipita in densi fiocchi.

In complesso, i risultamenti a cui è pervenuto l'A. circa l'entità diagnostica dell'illuminazione per trasparenza nelle suppurazioni dell' antro di Highmoro, possono essere compendiati come segue : *a*) il rimanere oscure, durante quest'esame, una metà della faccia od una pupilla non esclude con certezza la presenza del pus. *b*) Se le due parti della faccia e le due pupille rimangono oscure, ciò non autorizza a nessuna conchiusione, perché si verifica altresì in individui completamente sani; *c*) se rimane oscurato un solo lato, e rispettivamente una pupilla, mentre l'altro lato, essendo eguale l'intensità luminosa, apparisce chiaro, questo fatto può *concorrere* a far diagnosticare la presenza di un empiema, già desunto da altri sintomi; ma non si può stabilire la diagnosi soltanto in base ad esso.

(*Verhandlungen der laryngologischen Gesellschaft, 1895*).

V. Meyer

Ruault dott. A. — *Il fenolo solforicinato nella tubercolosi laringea.* (*Le phénol sulforiciné dans la tuberculose laryngée*).

Volume di un centinaio di pagine, in ottavo, recentemente pubblicato coi nitidi tipi di G. Masson di Parigi.

L'argomento si liga tutto al nome dell'autore, il quale fin dal 1889 annunziava negli *Archives de laryngologie*, tomo II, n.° 6, che in parecchi casi di tubercolosi laringea il fenolo solforicinato spiegava una efficacia superiore a quella del naftolo, e poi nel 1892 scriveva nel *Traité de médecine de Charcot, Bouchard et Brissand, Tomo IV*, che nella cura della tisi laringea il fenolo solforicinato s'era mostrato il più efficace fra tutti i topici fin' allora usati. Egli avrebbe potuto fin da quell'epoca pubblicare in proposito un lavoro corredato di osservazioni e tavole statistiche, ma ha voluto aspettare sperando da parte dei colleghi delle ricerche di controllo. Intanto le varie sue allusioni a questa nuova medicazione hanno risvegliato poco l'attenzione dei laringologi, se si eccettuano: in Francia, Mendel, che l'ha raccomandata in una rivista critica inserita negli *Annales de Médecine;* in Italia, Massei ed il sottoscritto (1), che hanno ottenuto risultati confermanti le sue asserzioni, risultati che lo stesso sottoscritto ha consegnato a due memorie: l'una inserita

(1) Il referente sente l'obbligo di ringraziare l'egregio dott. A. Ruault per il modo col quale lo cita.

nel *Rendiconto della Clinica laringologica dell' Università di Napoli, anno scolastico 1892-93*, l'altra letta alla Sezione di Laringologia del XI Congresso Internazionale di Roma; ed in Alemagna, Heryng e Krause, che stanno tuttora compiendo le loro prove, e di cui il primo già ha fatto conoscere in linea privata i suoi risultati concordi a quelli dell' Autore.

Dalle prime prove, che rimontano a 6 anni indietro, fino a questa pubblicazione, l'A. ha curato col fenolo solforicinato ed ha fatto curare dai suoi allievi sotto la sua sorveglianza, tanto nella pratica privata, che nel servizio pubblico della Clinica laringologica che dirige, più di 500 infermi, e fra questi più di 400 sono stati seguiti per un tempo vario da 2 mesi e mezzo a 3 mesi, fino a 4 anni e più. Di questi 400 infermi, poi, in molti il trattamento ha subito interruzioni frequenti e prolungate (dovute o a negligenza o a forza maggiore); in molti altri è cessato prematuramente prima che avesse dato tutto il suo effetto; un certo numero d'infermi è stato perduto di vista dopo la guarigione, parziale o totale, completa od incompleta, in apparenza assoluta o soltanto relativa; ed infine, in molti altri non si sono potuto ripetere i toccamenti col fenolo solforicinato fino al punto di averne il massimo di effetto. Tuttavia ciò non risveglia nello Autore il menomo dubbio sull' efficacia del rimedio, imperocchè è fra gli ammalati della sua clientela privata (che ha potuto curare a suo agio), che ha ottenuto i successi più numerosi e completi. Le condizioni d'applicazione del fenolo nei diversi ammalati, pertanto, sono state assai differenti, e quindi anche i risultati sono stati tanto più insoddisfacenti per quanto meno metodicamente il fenolo solforicinato è stato applicato. Tuttavia egli ha basato il giudizio, circa il valore della nuova medicazione, sull'esame sintetico di tutte le sue osservazioni, perchè ha voluto innanzitutto evitare il rimprovero di essere troppo *ottimista*; ed in questa guisa egli considera i suoi finali apprezzamenti molto al di sotto della realtà.

Per le medesime ragioni egli si è astenuto risolutamente d'inserire alla fine della sua memoria la serie delle osservazioni cliniche, per evitare la lettura d'una fastidiosa enumerazione di storie cliniche disparate e per lo più incomplete, mentre al lettore basterà qualche settimana di prove, da estendersi ad una ventina d'infermi, per formarsi una opinione personale sul valore della medicazione che egli raccomanda.

Ecco in breve le idee che il dott. Ruault esprime nella Prefazione al suo libro, idee alle quali il referente si associa, perchè dimostrano, in una forma modesta, la realtà delle sue asserzioni (1). Nella preparazione farmaceutica

(1) Il sottoscritto, in vero, incoraggiato dai primi buoni risultati avuti, non solo cura sistematicamente col fenolo solforicinato tutte le forme croniche di tubercolosi che gli capita di osservare o che si presentano al Dispensario di Laringoiatria della Università di Napoli, ma tiene sempre d'occhio quegl'infermi che per avventura ritornano a farsi rivedere, dopo avere abbandonato la cura per una ragione più o meno giustificata. È per questo motivo che ha avuto l'occasione questo anno di rivedere alcuni di quei soggetti che formarono oggetto delle sue 11 osservazioni consegnate nel Rendiconto della Clinica 1892-93; essi si appartengono alle osservazioni 9ª, 10ª ed 11ª. Dirà in breve, salvo a ritornarvi nel Rendiconto dell'anno in corso, che l'ultimo infermo non ha presentato d'allora alcun fatto nuovo laringeo, mentre la localizzazione polmonare è quasi stazionaria; il 9º si è fatto rivedere perchè gli si era ripresentata la raucedine, la quale era dovuta ad una escrescenza

del fenolo solforicinato, nel modo di adoperarlo, nel rilievo delle modificazioni progressive delle lesioni ecc. ecc., vi sono tanti dettagli di tecnica e vi si comprendono tanti particolari di clinica laringoscopica, la cui conoscenza è condizione necessaria del successo terapeutico, che riescirebbe malagevole riassumere i diversi capitoli in cui è divisa l'opera, mentre il lettore ne avrà il maggiore utile leggendo l'originale, che è nel contempo di una forma facile e spedita.

TRIFILETTI

O. CHIARI. — *Cheratosi circoscritta nella laringe (Circumscripte Keratose in Larynx).*

L'Autore ha osservato un altro caso di quest'affezione, che fu per la prima volta veduta e descritta da Inffinger. L'inferma, una giovane di 25 anni, di gracile costituzione, era rauca da sette anni. L'esame fece rilevare che era affetta da faringite secca e da leggiera rinite atrofica con secrezione di poco muco, che però si disseccava in croste. Nella laringe costatavasi che le parti anteriori delle due corde vocali erano alquanto ispessite e coverte da masse di aspetto cretaceo. Sotto la commessura anteriore delle corde sporgeva, a forma di cavicchio, un tumore rosso-sbiadito, grosso quanto una mezza lenticchia. Dopo anestesia con una soluzione di cloridrato di cocaina al 20 %, fu sondato il tumore subcordale, e costatato che era di consistenza compatta. Indi, con una sottile pinza dentata furono asportate le masse di aspetto cretaceo, le quali al tatto apparvero dure, come se fossero di consistenza cornea. L'inspessimento subcordale fu raschiato, ma non potette essere asportato con la pinzetta, perchè troppo duro. E poichè l'inferma non volle farsi introdurre nella laringe la pinza tagliente, fu rimandata, consigliandole di fare spesso inalazioni con una soluzione salina al 1/2 %. — Sono trascorsi più di due anni da che essa è stata operata, e non si nota alcuna traccia di recidiva. La voce è altresì sensibilmente migliorata.

Esili tagli delle masse di aspetto cretaceo, asportate dalle corde vocali, furono dall'autore sottoposte ad esame microscopico, il quale fece rilevare che erano costituite da fibre omogenee, parallele, le quali col carminio non si coloravano affatto, ma intensamente con la picrina. Col carminio si coloriva soltanto il detrito, che circondava le masse cornee, e conteneva numerosi microrganismi. Le fibre avevano una spessezza di 0,002 mm., erano omogenee, e mostravano inflessioni, ma in nessun punto un ripiegamento angolare. — L'aspetto omogeneo, la durezza ed i fenomeni di colorazione dinotavano chiaramente che trattavasi di masse cornee. La loro provvenienza da cellule epiteliali non era punto dubbia, come lo additava la presenza di pochi nuclei raggrinzati, non più colorabili col carminio, che in alcuni punti potevano essere ancora riconosciuti fra le fibre, come pure dalla esistenza di squa-

---

polipoide con punto di partenza al di sotto della commessura anteriore delle corde, epperò, curata coi mezzi chirurgici e col fenolo in breve è scomparsa; il 10°, in fine, è ritornato per una recidiva della stessa forma e sede, ma appena intrapresa la medicazione al fenolo, galoppa quasi verso la guarigione. E di tutto ciò, ripeto, dirò meglio a suo tempo.

mette piane, cheratizzate, nel contorno del'a massa cornea. In nessun punto dei preparati si vedevano cellule epiteliali con nuclei e neppure elementi della mucosa. Sicchè, in questo caso aveva dovuto trattarsi di masse cornee superficiali, le quali stavano in lasco rapporto con l'epitelio.

La causa di questa rara formazione di masse cornee nella laringe viene attribuita dall'Autore alla tendenza delle mucose alle infiammazioni atrofiche, perchè anche nel naso e nelle fauci notansi fenomeni analoghi. Schuchhardt ha descritto molti casi di metaplasia dell'epitelio cilindrico in epitelio cheratizzato in differenti mucose (orecchio medio, uretra, utero, bronchi, trachea; pelvi renale, ecc.) per effetto di stimoli cronici. Sulle mucose con epiteli piani, le cheratizzazioni degli strati superficiali in conseguenza di stimoli cronici sono frequentissime, come per es. sulle labbra, sulla lingua, sulle corde vocali, sul ligamento interaritenoideo (nella pachidermia, nei polipi, ecc.).

Quanto ai summentovati cercini sotto la commessura anteriore delle corde vocali, l'A. crede che, al pari che nel caso osservato da Inffinger, essi fossero i prodotti di una cronica infiammazione, perchè si impiccolirono dopo che furono raschiati.

(Prager medicinische Wochenschrift; 1895).

A. Kirstein — *Ispezione della laringe e della trachea senza specchietto laringeo* (*Besichtigung des Kehlkopfes und der Luftröhre ohne Spiegel*).

Finora non era stato fatto mai il tentativo di guardare nell'interno della laringe senza specchietto. L'A. si è accinto, già da tempo, alla soluzione di questo problema; però, i primi tentativi, fatti in questo senso, fallirono più o meno completamente, sicchè abbandonò scorato queste ingegnose ricerche. La invenzione dell'esofagoscopio del Mikulicz gli fece riprendere nuovamente codesti tentativi; e l'esofagoscopio lo condusse alla soluzione del problema laringoscopico della ispezione diretta della laringe.

Nell'«autoscopia della laringe» (1) Kirstein procede come segue: la faringe e la faccia dorsale dell'epiglottide vengono pennellate con una soluzione di cocaina al 20 %. L'infermo decumbe orizzontalmente sul dorso, il capo pende dal margine del tavolo, e viene sorretto dagli assistenti. Egli apre la bocca, e caccia fuori la lingua. Kirstein introduce allora il suo autoscopio, il quale consta di un tubo corto, sottile, che si termine in una doccia, e sta in rapporto ad angolo retto con l'elettroscopo del Casper. Quest'ultimo serve contemporaneamente da manico, sicchè l'estremità libera sta in alto.

L'istrumento scivola lungo la parete faringea posteriore, fino a livello delle cartilagini del Santorini; poi si solleva in alto l'epiglottide con un movimento di leva. Se l'istrumento è adattato esattamente, l'infermo respira attraverso il tubo.

L'autoscopio forma una leva, il cui centro di rotazione sta sui denti di mezzo del mascellare superiore. Se in avanti èvvi una lacuna dentaria, il mascellare sopporta direttamente la pressione. — Con questo metodo bisogna aver cura che il mascellare superiore non venga a capitare fra il tubo ed i denti, altrimenti esso subisce una contusione molto dolorosa. — Per ciò che

(1) La denominazione a noi non pare inappuntabile, ma dobbiamo rispettarla. *R.*

concerne la entità dell'autoscopio, che è lungo 20 ctm., Kirstein fa notare che con esso si perviene in vicinanza delle corde vocali molto più che con qualsiasi altro mezzo. E poichè allora si ha l'organo in totalità davanti a sè, si otterrebbe una immagine anche più chiara e netta di quella laringoscopica, sicchè di fronte l'autoscopio, lo specchietto laringeo scende al rango di un surrogato(? *R.*) Con esso sarebbe facilissimo il trattamento strumentale delle affezioni tubercolari più frequenti della parete laringea posterioree, e sarebbe altresì molto più agevole l'asportazione radicale di tumori delle corde vocali, di tumori sottoglottici, ecc. Inoltre, la mucosa della trachea potrebbe, in siffatto modo, essere veduta da sopra fino in basso. In certi casi le stenosi potrebbero essere sondate con tubi dritti, rigidi. Con istrumenti più lunghi si perviene fino alla biforcazione della trachea. — È a rilevare che l'epiglottide mediante l'istrumento diviene invisibile.

In complesso, paragonando tutti i pregi e la entità dell'autoscopio, in rapporto a quelli dell'esame con lo specchietto laringeo — con cui non si richiede che l'infermo venga cocainizzato, spogliato o situato in posizione insolita — si perviene alla conclusione, che il secondo resterà certamente quello predominante, giacchè con esso si vede a sufficienza, e non fa d'uopo molestare tanto l'ammalato. Inoltre, è certo che in talune categorie di infermi, l'autoscopia non è attuabile.

V. MEYER.

Sulla Sieroterapia della Difterite.

Come promettemmo nel numero scorso, diamo ora un cenno sommario di quanto fu detto, sulla sieroterapia antidifterica, nel Congresso di Medicina Interna, che nello scorso aprile fu tenuto a Monaco.

Heubner, fondandosi sopra un vasto materiale statistico di cinque grandi città americane, fece anzitutto rilevare, che non si può affatto tener parola di un decorso mite o maligno della difteria in un dato periodo di tempo, giacchè la mortalità per tale affezione, in queste cinque città americane, fu contemporaneamente molto differente.

Paragonando, però, le cifre dalla mortalità, che hanno presentato le città tedesche negli ultimi decennii, si perviene al risultato, che l'aumento nella intensità delle epidemie di difteria è incominciato nel 1881, ed ha raggiunto l'acme nel 1886; a partire da quel tempo essa è diminuita continuamente; però durante tutti gli anni la curva si è elevata nel mese di novembre. Una sola eccezione, su tale riguardo, si è avuta nel 1894, in quattro grandi città della Germania, nelle quali fu introdotto il trattamento col siero, ed a quest'ultimo Heubner attribuisce codesto benefico risultato. — Negli ospedali di Berlino, sopra 1332 casi non trattati col siero, si ebbe una mortalità del 38 per cento, la quale invece fu appena del 21 per cento sopra 1390 casi curati col metodo di Behring.

Heubner ribatte l'obbiezione, che codesto risultamento favorevole sia da attribuire a che negli ospedali fu accolto un numero maggiore di casi leggieri, giacchè accurate ricerche, istituite su tale proposito, hanno fatto rilevare che quest'aumento ascese al 5 o 8 per cento.

Il concetto di Bretonneau che la difteria sia una malattia essenzialmente unitaria, è stato confermato dalla Batteriologia.

Heubner ha eseguito l'esame batteriologico in 550 casi, e soltanto 61 volte non ha trovato il bacillo del Loeffler. Egli propone di qualificare come *difteroide* tutti i casi in cui non si rinviene codesto bacillo; e quindi bisogna, secondo lui, tener parola di una difteroide scarlattinosa, di una difteroide crupale ecc.

Sopra 207 casi di difteria, accolti nell'ospedale della *Charité* e sottoposti alla cura col siero, 181 erano genuini, e 26 complicati. Nei casi genuini si ebbe il decesso nel 10 per cento, in quelli complicati nel 30 per cento. Il 64 per cento di questi infermi fu accolto nei primi tre giorni della malattia, ed il 50 per cento contavano meno di 5 anni. Le dosi adoperate ascesero da 600 a 300 unità immunizzanti. Non fu fatta la cura locale, però si tenne conto dello stato generale dell'infermo, e fu attribuita una importanza soprattutto all'alimentazione artificiale.

Heubner ha tentato, paragonando fra di loro molte curve febbrili, di costruire, per così dire, una curva febbrile normale ed una difterica; ed in ciò ha rilevato, che nella seconda metà della prima settimana della malattia si ha una elevazione febbrile secondaria, la quale mancherebbe nei casi curati col siero.

In un gran numero di casi trattati col siero, la frequenza del polso diminuì rapidamente. Nei bambini curati con dosi sufficienti, le pseudo-membrane d'ordinario si formavano all'ottavo giorno; in quelli trattati con dosi piccole, si formavano fra il nono ed il decimo giorno. — L'albuminuria fu da lui osservata, sopra 181 caso, 22 volte dopo l'iniezione del siero, cioè con una frequenza non superiore a quella constatata nei difterici curati senza siero. Per ciò che concerne le comunicazioni di alcuni clinici circa la grave nefrite che sarebbe apparsa dopo le iniezioni del siero antidifterico, ed in conseguenza del medesimo, Heubner dichiara che egli è molto scettico su tale proposito, e suppone che per lo più si sia trattato di casi di scarlattina. Soltanto tre volte ha constatato recidive con riattizzamento della febbre. — Circa le paralisi postdifteriche, egli ha avuto a costatare che, nei casi curati col siero, la loro frequenza, anzichè diminuire, aumentava, il che egli se lo spiega col numero maggiore di casi di guarigione.

Secondo Heubner, il siero antidifterico sarebbe un mezzo innocuo. Tutt'al più, negl'infermi sottoposti a questa cura, si produrrebbero esantemi angioneurotici con enteralgie e febbre dal decimo al dodicesimo giorno. Egli osservò la comparsa di chiazze 31 volta su 181 caso, ed una quinta parte di questi ultimi, ebbe contemporaneamente anche dolori articolari. Codesti sintomi, e soprattutto i dolori, si dissiparono quasi sempre nello elasso di due giorni. — Per ciò che concerne l'azione immunizzante del siero, Heubner fa rilevare, che egli l'ha sperimentato 64 volte a tale scopo, e soltanto 2 volte furono attaccati da difteria i bambini nei quali egli aveva eseguito l'injezione immunizzante. Benchè non ancora possa dirsi l'ultima parola su tale proposito, egli crede, però, che, dalle osservazioni finora fatte, debba trarsi il corollario che l'azione immunizzante sia di breve durata.

In ultimo, Heubner riassumendo complessivameute i fatti finora accertati nella cura con questo nuovo metodo curativo, afferma che esso costituisce indubbiamente un progresso terapeutico, giacchè in tutti i paesi ove è stato sperimentato, malgrado le discrepanze dei giudizî, che vi sono stati

portati sopra, due effetti sono apparsi incontestabili, cioè il rapido abbassamento della febbre ed il rapido distacco delle pseudomembrane. Ed anche quando si volesse ammettere che una parte dei risultati favorevoli sia dovuta al decorso straordinariamente benigno dell'attuale epidemia, d'altro lato è stato ripetutamente constatato, che la mortalità ha raggiunto il grado che aveva precedentemente quando per cause estrinseche si dovette interrompere la cura col siero.

Baginsky (di Berlino) dichiara che egli, oppostamente a quanto viene affermato da molti autori, non crede affatto che l'epidemia di difteria nel 1894 sia stata molto leggiera. Negli ultimi cinque anni, la cifra media della mortalità nel suo ospedale ascese a 50, 33, 36, 42, e nel 1894 raggiunse persino il 48 %; in vece, nel periodo in cui si dovette sospendere la cura col siero, perchè mancava, essa ascese fino al 52 %. Su 525 casi, curati con le injezioni di siero antidifterico, egli ha potuto constatare una mortalità del 15 %, la quale nei bambini discese come segue:

al di sotto dei	2 anni,	da 63,3	a	25,2
dai	2-4 anni,	da 52	a	17
dai	4-6 anni,	da 37	a	17
dai	6-8 anni,	da 27	a	11
dai	8-10 anni,	da 19	a	5 ecc.

Relativamente agli effetti del siero, egli ha rilevato che esso determinava un considerevole miglioramento dello stato generale, però soltanto nel giorno dopo l'injezione. La temperatura si rielevava solo quando la dose del rimedio injettato era insufficiente. Egli si è servito unicamente del siero di Aronsohn che ha trovato superiore a quello N. 2 della fabbrica di Höchst.— Inoltre, Baginsky avrebbe altresì constatata un'azione favorevole locale del siero, nel senso che esso delimitava il processo patologico, il quale, dopo l'iojezione, non accennava ad alcuna ulteriore diffusione. — Mentre per lo passato egli su 1258 bambini ha eseguito 418 tracheotomie e 113 intubazioni col 59 % di decessi, e nei tracheotomizzati ebbe persino una mortalità del 64 %; durante la cura con l'injezione molte volte constatò che l'intubazione potette spessissimo sostituire la tracheotomia, e sopra 51 tracheotomia e 54 intubazioni, praticate in bambini attaccati da grave processo difterico e curati col siero, ha avuto il 62 % di guarigioni.

Relativamente all'impegno da parte del cuore, Baginsky afferma che, mentre per lo passato, nel 26 % dei casi di difteria insorgevano sintomi i quali dinotavano che il cuore era stato attaccato dal processo difterico, nel 10 % constatò decessi per paralisi cardiaca, e nel 37 % riscontrò processi miocarditici all'autopsia; con la cura attuale ha osservato nel 50 % dei casi fenomeni clinici da parte del cuore, nel 6 % decessi per paralisi cardiache difteriche, e soltanto nel 24 % la miocardite.

Circa la nefrite, ha istituito alcune ricerche per accertare se essa potesse essere attribuita alla quantità di acido fenico contenuto nel siero, ed ha constatato che negli animali da esperimento, l'acido fenico, soltanto se amministrato in soluzioni acquose, appariva nell'urina, mentre ciò non accadeva quando era semplicemente disciolto nel siero del sangue del cavallo. L'albuminuria mostrava lo stesso carattere, tanto nei casi in cui erano state fatte le injezioni di siero, come in quelli trattati con altri metodi curativi.

Per ciò che concerne gli effètti consecutivi, egli ha osservato 7 volte ascessi, malgrado la più rigorosa asepsi serbata nella injezione; 12 volte accertò la insorgenza di un esantema polimorfo all'11° o al 12° giorno con febbre e dolori articolari; due infermi morirono, ma non in conseguenza dell'esantema.

L'impressione complessiva che il **Baginsky** ne ha riportata è che finora il siero antidifterico è il migliore rimedio contro questa malattia; con esso e con qualche blando antisettico, si riesce a ridurre la mortalità ad un terzo. Gli esantemi, le artralgie e gli altri disturbi, inerenti all'uso del siero, sono innocui; nè è a tacere che anche per lo passato, in cui si adoperavano altri metodi di cura, fu spesso osservato qualche cosa di simile. *Summa summarum*: egli porta opinione che soltanto la vaccinazione jenneriana possa gareggiare con la scoverta del siero antidifterico.

Widerhofer (di Vienna) si dichiara recisamente uno dei più entusiasti ammiratori della scoverta di **Behring**. Dall'ottobre del 1894 sino alla fine di gennajo del 1895 egli ha curato 300 casi di difteria col nuovo metodo, ed ha avuto, in complesso, una mortalità del 23,7 %, la quale, per lo passato, in media, non era inferiore al 40-56 %. E volendo detrarre — il che sarebbe logicamente permesso — i casi gravissimi, nei quali la morte avvenne un pajo d'ore dopo la injezione — la mortalità discenderebbe al 14, 3 %. Inoltre, fa rilevare, che in più della metà dei suoi infermi, in cui l'esito fu letale, la prima injezione fu fatta appena al terzo giorno della malattia. Sopra 300 casi, in 77 egli constatò l'albumina nell'urina già prima dell'injezione (20 volte l'albuminuria era molto imponente). — Inoltre 15 bambini, al momento in cui furono accolti nell'ospedale, presentavano una sepsi pronunziata, con emorragie, tumefazioni glandolari, ecc. In 22 bambini fu rimossa una stenosi laringea già in atto; in 108 casi si dovette ricorrere all'operazione malgrado l'injezione del siero, e propriamente fu fatta 57 volte l'intubazione (con 89 % di guarigioni) e 51 volta la tracheotomia secondaria (con 35 % di guarigioni). — Sopra 130 injezioni eseguite a scopo profilattico, uno solo fu, dopo poco tempo, attaccato leggermente da difteria. — In fine, **Widerhofer** richiama l'attenzione sul fatto, che egli, tutte le volte in cui ha adoperato il siero, non ha fatto mai uso di una medicazione locale; e soltanto quando vi era una grave adinamia cardiaca, usò, con grande giovamento, la stricnina.

Kohts di Strasburgo mette una nota stridente in questo coro di lodi, giacchè dichiara che i risultamenti da lui ottenuti, nella cura di 80 casi di difteria, non sono molto incoraggianti. In 33 casi, nei quali non fu adoperato il siero, la mortalità ascese al 15 % (in 13 di questi casi fu fatta la tracheotomia con una mortalità del 38, 4 %). — Dei 47 casi curati col siero, ne morirono 13, non operati (fra cui uno per miocardite acuta), mentre degli altri 34 che furono tracheotomizzati, 10 soccombettero ad una difterite ascendente a decorso gravissimo. Tre volte ha veduto la insorgenza di esantemi, 4 volte la paralisi del velopendolo, ed 1 volta la ricomparsa delle membrane dopo l'injezione di siero N. 2 e 3. — Inoltre **Koths** dichiara pure che egli non ha potuto mai accertare una influenza benefica del siero sullo stato generale dell'infermo; e soltanto gli sembrò come se, sotto l'influenza di quest'agente, le membrane non si fossero ulteriormente diffuse.

In fine, a prescindere da che questo metodo di cura non gli ha dato punto, dice egli, quei risultati che altri decantano, fa rilevare altresì di avere constatato

che la cura col siero di Behring non rende superfluo il trattamento locale, che egli in vece ritiene come indispensabile per avere un risultamento favorevole.

Seitz (di Monaco) ha adoperato la cura col siero in 140 casi, nei quali ha accertato l'albuminuria in 47 (24 prima dell'injezione e 23 dopo). In 15 casi la durata dell'albuminuria ascese ad una mezza, ed in 5 ad una intera settimana. — Dichiara di non aver notato alcuna influenza nociva del siero sui reni. — Paralisi difteriche ne ha osservato in 8, tumefazione della milza in 5, esantemi in 28, artralgie in 8, tumidezza delle articolazioni in 8 casi.— Gli effetti accessorii, che il siero può produrre, non sono tanto rilevanti da indurre a smetterne l'uso. Del resto, dice Seitz, anche nella vaccinazione possono insorgere, e sono stati effettivamente osservati, febbre, esantemi ed albuminuria.

Stintzing (Jena) ha finora usato il siero in 59 casi, che egli paragona con altri 59 dell'epoca precedente al trattamento col siero. (In complesso, egli ha rilevato che la difteria negli ultimi anni si è presentata in Jena sotto una forma più mite). Da questo paragone risulta che il trattamentó col siero costituisce un progresso terapico innegabile. In fatti, mentre per lo passato la mortalità ascendeva al 25 %, oggi è discesa al 20 %; laddove prima sopra 59 casi egli ha dovuto eseguire la tracheotomia 27 volte, oggi ha dovuto praticarla 16 volte sopra 59 casi.

Trumpp (Graz) ad istigazione di Escherich ha fatto ricerche batteriologiche in un certo numero di bambini, attaccati dalla difteria, ed è pervenuto a risultamenti degni di nota. Così, per es., egli ha trovato nella faringe bacilli virulenti in 8 casi, e bacilli pseudodifterici, non virulenti, in 6 casi; nel naso 8 volte bacilli difterici virulenti e 4 volte bacilli difteroidi; nella congiuntiva 11 volte bacilli virulenti e 3 volte non virulenti. — Sopra 49 bambini, nei quali ha praticato codeste ricerche batteriologiche, soltanto 12 presentavano sintomi della difteria: in 6 eravi difteria delle fauci, in 1 difteria delle fauci e della laringe, in 1 difteria localizzata alla laringe, ed in 4 angina lacunare. Nei bambini, in cui egli ha trovato bacilli nella congiuntiva, non vi erano altri sintomi difterici. — Nella difteria delle fauci egli trovò bacilli nel naso, nella congiuntiva, e 2 volte anche nella vulva. Questi casi si distinguevano per essere molto ribelli alla cura; in uno egli trovò bacilli ancora dopo 82 giorni, nell'altro dopo 61. — Codesto reperto batteriologico dimostra con la massima evidenza, che i bacilli possono persistere ancora, e sotto forma altresì virulenta, anche quando è espletata la convalescenza, sicchè, analogamente a ciò ch'è stato già rilevato da altri autori, Trumpp richiama l'attenzione, precipuamente degl' igienisti e degli ufficiali sanitarii, sul fatto, che i bambini guariti dalla difterite albergano ancora, in primo tempo, nel cavo orale e nelle fauci, bacilli difterici virulenti, che possono trasmettere ai sani, e così costituire veicoli dell'infezione nel vero senso della parola.

Ranke riferisce che nella sua clinica pediatrica ha osservato soltanto casi gravi e gravissimi, che per lo più vi furono condotti dopo il terzo giorno della malattia. Ciò spiega perchè egli abbia adoperato dosi molto rilevanti di siero. Sopra 124 bambini difterici, curati col siero, la mortalità è stata del 22,4 %.— In 84 casi fu fatto l'esame batteriologico, il quale fece rilevare il bacillo difterico nel 92,8 %, e gli streptococchi nell' 80 % dei casi esaminati. — 63

bambini presentavano fenomeni di laringostenosi quando furono accolti nella clinica; in 21 di essi codesti sintomi dissiparonsi con le injezioni di siero; in 42 si dovette eseguire l'intubazione; ne morirono 13 = 30,9 %. Ora Ranke fa notare che negli anni precedenti la mortalità degli intubati oscillò fra 59,5 e 75,4 %. — Egli dichiara di avere avuto l'impressione come se anche il decorso clinico dei casi gravissimi con laringostenosi si fosse mitigato essenzialmente sotto l'influenza del trattamento col siero. Gli è parso come se il siero antidifterico arrestasse quasi di botto la diffusione discendente del processo. In nessun caso di difterite delle fauci, nel quale fu usato il siero, il processo si diffuse alla laringe dopo l'injezione. — Inoltre, Ranke avrebbe anche constatato, che è scemata altresì la durata del tempo che si dovevano lasciare i tubi nella laringe. In fatti, laddove prima del trattamento col siero, nel 36 % dei casi i tubi si dovevano lasciare applicati in sito più di quattro giorni; oggi, ciò è stato necessario nel 3,5 % dei casi. — Per la tracheotomia secondaria negl'intubati eranvi, per lo passato, due indicazioni: crup discendente e pericolo del decubito. Così l'uno, come l'altro, egli non l'ha più notato nei suoi casi, dacchè cura la difteria col siero. — Onde, in complesso il Ranke riguarda la scoverta del Behring come una delle più benefiche e delle più memorabili che si sieno compite in questo secolo.

Ci limitiamo a riportare il giudizio di questi pochi autori, i cui nomi, come a tutti è noto, rifulgono di viva luce nel mondo scientifico.

Potremmo menzionarne ancora altri. Ed il risultato complessivo sarebbe quello che il lettore ha già potuto trarre da questi pochi riassunti qui dati: cioè, che l'immensa maggioranza di tutti i clinici del mondo nella Sieroterapia ravvisa — in base ai risultamenti ottenuti nella Clinica — una delle più grandi scoverte del secolo, la quale brilla, sia per il vantaggio inestimabile arrecato a migliaia di infelici bambini attaccati dal ferale morbo, sia perchè traccia la via che si deve percorrere per conseguire identici trionfi anche in altri processi infettivi nei quali ci è riuscito di accertare il microrganismo patogeno. Insegnino gli esperimenti clinici, che in questo momento si fanno col siero antitifterico. Non a torto quindi il Behrend affermava, pochi giorni or sono, a Vienna, che la Sieroterapia basterebbe da sè sola alla gloria imperitura del nostro operosissimo secolo.

V. Meyer

Bayeux dott. R. — *Frequenza e gravezza dell'ostruzione dei tubi laringei nel crup* (*Frequence et gravité de l'obstruction des tubes laryngés dans le crup*).

Con questo modesto titolo, il dott. Bayeux ha pubblicato, nella *Médecine Moderne* (n. 42 e 45, maggio 1895), un eccellente lavoro, il quale reca un contributo di alto valore alla *estubazione nel crup*.

Noi, che ci proponiamo di esperimentare presto il novello processo, non ebbiamo saputo resistere al desiderio d'informarne subito i nostri lettori, non senza tributare il meritato encomio all'autore, riserbandoci di tornarvi su nuovamente, ampiamente e presto.

Con compiacenza vediamo che l'autore è della stessa nostra opinione nel ritenere addirittura inarrivabile la forma dei tubi d'O' Dwyer, come pure

trovasi molto nel vero quando afferma che il tubo è mantenuto in sito dall'anello cricoideo e non dalle corde vocali inferiori, anzi se esso non viene cacciato facilmente, gli è perchè il ventre del tubo trovasi al di sotto dello stretto inferiore della cricoide.

Bayeux preoccupato delle grandi difficoltà dell'*estubazione*, specie nei casi di *occlusione istantanea*, e ritenendo inutile, anzi nociva la porzione sotto ventricolare del tubo, pensò di farne a meno, creando così i suoi *tubi corti*, i quali sono niente altro che quelli di O'Dwyer tagliati al di sotto del loro rigonfiamento. Ebbene, il caso volle che, mentre procedeva un giorno all'estrazione di questo *tubo corto*, avendo premuto col dito sulla trachea, vide che il ragazzo con un movimento di rigurgito cacciò il tubo. Intravide allora questo nuovo *modo di estrazione* e così potette creare l'espressione *enucleazione del tubo*. L'enucleazione comprende due tempi:

1.° tempo: *sollevazione della testa e messa in posizione del pollice*;

2.° tempo: *azione del pollice ed abbassamento della testa*.

Nel primo tempo, colla mano sinistra si solleva la testa del bambino, poggiando il pollice sulla fronte e le altre dita all'occipite; invece il pollice destro si poggia sulla trachea a livello del bordo inferiore della cricoide.

Nel secondo tempo si compiono due azioni simultaneamente: vale a dire il pollice preme sulla trachea, finchè non sente la *sfuggita* del tubo, mentre la mano sinistra abbassa rapidamente la testa del fanciullo, in modo che essa guardi il suolo. Facendo così, il tubo vien fuori con facilità, senza essere costretto a prenderlo coll'*estrattore*, ciò che in un momento di urgenza può essere di una difficoltà estrema, e può, senza volerlo, produrre, per asfissia, la morte del bambino. Dal già detto si rileva che con questo trovato si elimina il più grande inconveniente dell'intubazione, perchè anche un semplice infermiere, esperto della manovra, può compire l'*estubazione*, ciò che contribuirà non poco a divulgare questo prezioso acquisto della moderna chirurgia.

DAMIENO

SOCIETÀ LARINGOLOGICA BERLINESE

Aprile 1895.

Kuttner. — Presenta una donna di 54 anni, la quale già da dieci anni, in seguito ad infreddature, soffre paralisi del velopendolo e del ricorrente di sinistra. Ultimamente, per tre giorni le fu impossibile di inghiottire qualsiasi alimento solido, per cui dovette fare uso di alimenti liquidi. Sensibilità inalterata. Dopo sette giorni potette ricominciare ad ingoiare cibi solidi, e dopo altri sette, la deglutizione ridivenne del tutto normale. Più lentamente della motilità dei muscoli faringo-esofagei, si ripristinò quella dei muscoli laringei. Oggi si incominciano a notare i primi segni della guarigione.

È probabile che in questo caso si sia trattato di nevrite consecutiva ad influenza. — Kuttner ha potuto seguire tre volte con lo specchio la scomparsa della paralisi del ricorrente. La successione dei fenomeni fu la seguente: dapprima movimenti di contrazione nella cartilagine aritenoide, indi movimenti ondulatori e di adduzione nella corda vocale fra la posizione cadaverica e la posizione mediana; in ultimo, movimenti di abduzione del postico.

Rosenberg. — Presenta una donna di 35 anni, nella quale èvvi un considerevole inspessimento all'esterno, sull'osso joide, sulle cartilagini tiroide e cricoide, senza disturbi della respirazione. Rosenberg crede che si tratti di un encondroma diffuso della laringe.

Inoltre, mostra un preparato della cavità nasale sinistra di una inferma, che potette essere osservata con la rinoscopia anteriore e posteriore. Era una bozza ossea, di cui era stato asportato il terzo anteriore. Il contenuto era un pus caseoso. — La parete tumefatta presenta una quantità di escrescenze.

Heymann mostra il preparato di un carcinoma laringeo, nonchè un caso di lordosi della sezione cervicale della colonna vertebrale, nel quale con la palpazione si constata una perdita di sostanza della terza vertebra.

Aronsohn tiene una Conferenza sui corpi stranieri nella laringe, nella quale riferisce un caso, in cui un frammento osseo era capitato nel bronco sinistro, e fu espettorato accidentalmente durante una cura con acque minerali. — In un altro caso apparvero sintomi, i quali destarono il sospetto che potesse trattarsi di tubercolosi. Fu estratta una concrezione calcare.

Fraenkel mostra alcuni pezzettini calcarei, esistenti nella Raccolta della Policlinica che sarebbero stati cacciati con la tosse.

Lublinski tiene parola della paralisi delle corde vocali in seguito a malattie infettive acute. Egli l' ha osservata in cinque casi (in quattro durante la defervescenza). Le paralisi tifiche si possono spiegare analogamente alle postdifteriche. Però, così nell'un caso, come nell'altro, il fattore anatomo-patologico non è stato ancora accertato in modo sicuro. Il decorso ordinariamente è favorevole, per quanto lo si possa presumere, e prendendo in considerazione la paralisi, isolatamente. L' O. ha veduto una volta quella del postico, e tre volte quella del ricorrente. Dal punto di vista della diagnosi differenziale cade in considerazione l'infiammazione dell' articolazione crico-aritenoidea. La complicazione del velo pendolo, osservata due volte dal Lublinski, guarisce lentamente. In questi ultimi tempi egli ha veduto un gran numero di paralisi postdifteriche insorgere dopo che l'infermo era stato dimesso dall'ospedale, come pure dopo il trattamento con sieroterapia, col quale gli parve come se fosse mutata la successione dei fenomeni. Se in ciò vi sia un nesso causale intrinseco, egli non sa decidere.

Maggio 1895.

Prima di passare all'ordine del giorno, Meyer presenta una tisica, la quale sul palato duro aveva una piccola tumefazione, che conteneva pus e granulazioni. Sicchè trattasi di tubercolosi del palato duro.

Flatau. -- Presenta dapprima un caso di tumore dell'ugola con allungamento, che dà l'impressione come se si trattasse di un papilloma. — Inoltre, menziona un secondo caso, nel quale eravi contemporaneamente una grossa ipermegalia dell'ugola. L'esame fece rilevare che trattavasi di una « tonsilla aberrata ».

Presenta, quindi, un caso di empiema dell' antro di Higmoro, a decorso apparentemente acuto, e di origine dentale. Nell' operazione fu constatato: 1) una fistola paradentale attraverso la lamina del palato duro, essendo la mucosa intatta; 2) una seconda fistola, che comunicava con la prima, e decorreva trasversalmente attraverso l'apofisi alveolare; 3) dopo aver fatta una larga breccia nella cavità, furono constatati due antichi focolai patologici, disgiunti fra di loro: uno in una nicchia alveolare ed un altro suborbitale. In questo caso non vi erano nè tubercolosi, nè sifilide.

Fraenkel mostra un preparato, che all'ispezione appariva come un polipo sanguinante del setto, ma aveva punto di partenza dalla pinna nasale. Era costituito da connettivo con grandi quantità di vasi sanguigni. — Inoltre, mostra un grosso corpo straniero a forma di bottone, che provveniva dal naso. Esso aveva un nucleo molle ed un guscio duro. Non si potette accertare con esattezza l'intima natura della sua sostanza.

Rosenberg presenta un caso di aneurisma dell'aorta, nel quale i sintomi da parte del cuore precedettero per lungo tempo quelli della paralisi.

Passando alla discussione, Alexander addita la tubercolosi della cavità nasale, la quale per l'aspetto rassomiglia ai polipi sanguinanti del setto.

Kuttner ebbe in cura un caso simile a quello descritto dal Fraenkel, nel quale non vi fu emorragia. Inoltre, ne ha osservato, non ha guari, altri tre consimili, nei quali non vi fu emorragia, sicchè egli propone di bandire la denominazione di « polipo sanguinante del setto ».

Passando all'ordine del giorno, Kirstein tiene parola dell'autoscopia, che si propone di eliminare alcuni inconvenienti dell' esame, come viene oggi praticato, eseguendola, invece, mentre l' esplorando ha il capo pendente, oppure inclinato in dietro. Un tubo viene messo in rapporto ad angolo retto con l'elettroscopo del Casper, e col manico, che sta in sopra, ed introdotto fino a livello delle cartilagini del Santorini. L'infermo respira attraverso il tubo, che è lungo 20 ctm., sicchè esso viene a rasentare quasi la laringe. Kirstein crede che con l'immagine diretta, che così si otterrebbe, la laringoscopia scende al rango di un « surrogato ». Quattro condizioni debbono essere attuate per realizzare questa nuova specie di esame: anzitutto, bisogna usare la cocaina; in secondo luogo fa d' uopo che i denti sieno ben saldi; in terzo luogo è necessario che l' infermo possa flettare il capo nella nuca, ed in quarto luogo convien portare la base della lingua in avanti. Nei bambini non si può fare a meno della cocaina, neppure nella narcosi cloroformica. I denti, e specialmente gl' incisivi superiori, debbono essere molto solidi e resistenti. Una volta, nel praticare quest'esame, si staccò una scheggia dello smalto dentario. Parecchi denti non tollerano punto la compressione. Quando vi sono denti un pò vacillanti o frantumati, sarebbe con-

troindicata questa specie di esame.— Circa la terza condizione, testè mentovata, Kirstein crede che di rado essa sia attuabile. La difficoltà principale incomincia quando dalla parte posteriore si vuole procedere verso le parti profonde della parete tracheale, fino alla biforcazione, benchè ciò qualche volta riesca. La commessura anteriore rimane occulta.

Passando alla discussione, Fraenkel richiama l'attenzione sul fatto, che negli animali sono bene riusciti i tentativi della ispezione diretta. Non è ancora possibile prevedere quali risultamenti si avranno con questo nuovo metodo di esame nell'uomo. Non bisogna lasciarsi spaventare dalle prime difficoltà.

Rosenberg fa rilevare una serie di pecche, inerenti al nuovo metodo di esame, e specialmente tutto ciò che èvvi di violento in esso e la falsa immagine che si può avere delle corde vocali mediante la fissazione. — Ad ogni modo, porta opinione che bisogna proseguire le osservazioni. In complesso, egli non crede che l'esame della parete laringea posteriore col metodo di Killian sia inferiore al nuovo.

Herzfeld porta opinione che nei bambini il nuovo metodo sarebbe forse utilizzabile.

Heymann dice che possiede poche osservazioni personali su di esso; però, ricorda le molteplici obbiezioni che furono rivolte contro la Laringoscopia quando essa incominciò ad affermarsi come specialità autoctona.

Flatau ha esaminato circa 20 infermi col nuovo metodo. Non intende, per ora, di tener parola della sua importanza per la cura, giacchè su tale riguardo non si può dire nulla di preciso. Però, intende richiamare l' attenzione sul fatto, che l' addossamento della laringe all' epiglottide, anzichè rendere difficile, può agevolare le operazioni nelle regioni posteriori. — Inoltre, afferma di avere parimenti osservato l' impedimento del movimento delle corde vocali. Finanche durante il sondaggio si può constatare tal cosa. Ritiene come un inconveniente principale di questo metodo — che egli ha dovuto già limitare nella sua pratica ad un numero ristretto di casi —il fatto, che spesso è necessario che l'infermo debba tenere il capo enormemente flesso. Dal punto di vista fisiologico, la cosa è ben diversa dell'operazione eseguita sugl'infermi col «capo pendente», durante la narcosi. Fondandosi sulle sue osservazioni, opina che, in molti casi, la stasi venosa, prodotta da ripiegamento e distensione dei muscoli anteriori del collo, non completamente rilasciati, sia pericolosa. Un altro inconveniente sarebbe ch' è necessario eseguire sempre una energica cocainizzazione con una soluzione di cocaina al 20 %—nella faringe e nella laringe. Non è possibile accertare in precedenza, fino a qual punto l'infermo tollera la cocainizzazione nelle singole sedute. — Inoltre ritiene per fermo che in un non piccolo contingente di casi, il risultamento dell'esame sarà poco soddisfacente, malgrado tutta la pazienza e la diligenza che si vogliano porre in opera per addestrarvi ed abituarvi l'infermo; sicchè egli per ora inclinerebbe a riguardarlo come un surrogato dell'ordinario esame con lo specchietto laringeo. Però, dichiara altresì di voler proseguire l' esame del nuovo metodo. — Per ciò che concerna la tecnica, egli non la ritiene punto difficile per lo specialista.

Kirstein si dichiara soddisfatto se una parte dei laringologi proseguirà gli esperimenti col suo metodo, ed ha voluto adoperare l'espressione «surrogato», soltanto nel senso estetico delle immagini, che vengono fornite dai due metodi.

TH. FLATAU (*Berlino*)

VARIA

Riceviamo e pubblichiamo di buon grado la seguente circolare:

Egregio Collega,

Il sottoscritto ha l'onore di informarla che la SOCIETA' ITALIANA DI LARINGOLOGIA, OTOLOGIA E RINOLOGIA, secondo quanto fu deliberato in Roma nell'Aprile 1894, si riunirà in FIRENZE (*R. Istituto di studi superiori, pratici e di perfezionamento*; *2, Piazza S. Marco*) il **24 Settembre 1895** e giorni successivi.

I titoli delle comunicazioni dovranno essere indirizzati fino al 15 Agosto p. v. AL SEGRETARIO DELLA SOCIETA', quì sottoscritto.

Verso i primi di Settembre i Soci riceveranno il Programma particolareggiato della riunione, insieme ai fogli necessari per usufruire delle consuete riduzioni ferroviarie.

I temi stabiliti per la discussione generale sono i seguenti:

1.° *Stenosi laringee e loro cura;* Relatore: dott. FRANCESCO EGIDI (Roma).

2.° *Sulle localizzazioni della percezione uditiva e del metodo di esame funzionale acustico;* Relatori: Dott. CORRADO CORRADI (Verona), Prof. GIUSEPPE GRADENIGO (Torino), Prof. GIULIO MASINI (Genova).

Nel primo Congresso della Società, tenuto in Roma nell'Ottobre 1892, in occasione della discussione che seguì al tema intitolato: « Importanza diagnostica della percezione dei suoni per la via craniense ed aerea nelle malattie auricolari, » di cui era relatore il Dott. Corradi, fu deliberato (V. *Atti del primo Congresso della Società Ital. di Laring. ecc.*, pag. 181) di ritornare sopra questo importante soggetto affidando ai tre ricordati colleghi l'ufficio di Relatori.

Attesa la vastità dell'argomento essi tratteranno questo tema nel modo seguente: Corradi riferirà « Sopra alcuni esperimenti fatti sulla localizzazione della percezione uditiva »; Gradenigo parlerà « Del metodo di esame funzionale e del modo di rappresentare graficamente i risultati delle ricerche » e Masini si occuperà dell'argomento medesimo trattando « le generalità. »

3.° *Metodi cruenti ed incruenti della cura delle stenosi nasali;* Relatore: Prof. IGNAZIO DIONISIO (Torino).

Gradisca, egregio Collega, i più sinceri saluti.

Il Segretario della Società
Prof. A. FASANO
N.° 1, Strada S. Anna di Palazzo
NAPOLI

*
* *

63° Congresso annuale della Società Medica Britannica.

Sarà tenuto a Londra, nei giorni 30 e 31 Luglio e 1 e 2 Agosto. A quanto sembra, sarà numerosissimo.

Al pari che negli anni precedenti, alla Laringologia è stata assegnata una Sezione speciale. A Presidente della medesima è stato eletto Felix Semon;

vice-presidenti sono i dottori P. Smyly, F. de Havilland Hall, Scanes Spicer, W. M' Neill Whistler, Greville Mac Donald, ed A. W. Sandford.

Onde rendere più praticamente proficuo il risultamento del Congresso, il Comitato Generale ha deliberato che ogni sezione scegliesse tre temi di importanza saliente, fra le quistioni più palpitanti di attualità, acciò su di essi venisse concentrata maggiormente l'attenzione e la discussione dei Congressisti, nella certezza che, da tale discussione, sarebbe per ridondare un vantaggio pratico di grande entità. Va da sè, che ciò non esclude la comunicazione, con la rispettiva discussione, sopra altri argomenti.

I tre temi, scelti nella Sezione di Laringologia, sono i seguenti:

1) *Etiologia dei polipi mucosi del naso*: Relatori: Prof. Guye (Amsterdam), Dr. Luc (Parigi); Mc. Bride (Edimburgo).

2) *Natura infettiva della tonsillite lacunare:* Relatori: Prof. T. B. Fraenkel (Berlino), J. Macintyre (Glasgow).

3) *Indicazioni per l'operazione radicale in primo tempo nei tumori maligni della laringe*: Relatori: Dri Bryson Delavan (New York), H. T. Butlin (Londra).

*
* *

Oltre a questi argomenti, che interessano la nostra specialità, teniamo a far sapere ai nostri lettori che la *Società Laringologica, rinologica ed otologica Britannica*, terrà la sua settima riunione estiva, annuale, nei giorni 25 e 26 luglio prossimo. Sono stati già annunziate ed accettate le seguenti comunicazioni. Per il 25 luglio: Presentazione di casi — Discussione sulla cura della Difteria, con speciale riguardo al trattamento con l'antitossina.—Trattamento chirurgico delle cavità accessorie del naso.—Per il 26 luglio: Presentazione di casi — Discussione sul Trattamento delle stenosi laringee croniche. — Discussione sul Trattamento chirurgico della tubercolosi laringea.

*
* *

Apprendiamo con piacere, che il nostro distinto collega, dottor V. Achermann è stato nominato, fin dal principio del corrente anno, professore ordinario di Oto-Rino-Laringojatria all'Università di Cristiania. Gli studenti sono tenuti ad assistere al corso per tre mesi.

È una nuova vittoria della nostra specialità, la quale ogni giorno in tutti gli Stati Civili riceve la consacrazione ufficiale nell'insegnamento, che pone il suggello a ciò che la scienza imperiosamente sanziona.

*
* *

NECROLOGIA

Con dolore rileviamo dalla « *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Laryngologie* » che Guglielmo Meyer (di *Copenaghen*) è morto a Venezia, nel p. p. mese, durante un viaggio di piacere in Italia.

Il nome del Meyer è tanto noto, così popolare per i suoi studi completi sulle vegetazioni adenoidi del cavo naso-faringeo, e così caro alla professione in genere, a noi specialisti in ispecie, che la notizia della sua morte sarà appresa col più vivo rammarico.

*
* *

Questo fascicolo è di pagine 40, invece che di 48, per compensare l'eccesso del precedente.

PARTE ORIGINALE

SOPRA UN CASO DI AFONIA ISTERO-TRAUMATICA

per i **Professori L. BIANCHI e F. MASSEI** (1)

Il caso che veniamo a riferire presenta alquanto interesse, perchè la letteratura, che è a nostra conoscenza, non ne ha registrati di simili, e perchè può essere utilizzato dai pratici per quanto riguarda quella che va sotto il nome di nevrosi traumatica, il cui argomento è stato preso, in Italia, in assai scarsa considerazione.

Trattasi di una molto distinta ed aristocratica signora, sui 25 anni, la quale appartiene a famiglia nevropatica, ma non aveva, in avanti, sofferto nessuna malattia nervosa, compreso, s' intende, l' isterismo, di cui non v' è alcun ricordo nella sua anamnesi.

Da qualche tempo lamentava raucedine ed altri disturbi del respiro. Recatasi da Palermo a Napoli per sottoporsi alla osservazione di uno di noi (prof. Massei), questi constatò la presenza di un tumore inserito sulla corda vocale destra, e ne consigliò la estirpazione. L'operazione fu compiuta felicemente, ma la signora, meno preoccupata della neoplasia laringea che della raucedine, rimase perfettamente afona. Si aspettò la cicatrizzazione della superficie di impianto del tumore, sulla quale invece germogliò di nuovo, alcuni mesi dopo, la neoplasia, che raggiunse presto uno sviluppo allarmante; l'afonia si mise, com' era naturale, in conto di questo stato di cose; era urgente ricorrere di nuovo alla estirpazione, che riuscì pure felicemente in mezzo a non piccole difficoltà (2).

Anche dopo questa seconda operazione, l' afonia rimase quale era prima, completa. Cicatrizzò la superficie d'impianto del tumore, si ripristinò l'aspetto normale delle corde vocali, ma lo stato della inferma era immutato.

Fu giudicata allora l'afonia di natura isterica, furono usati i soliti rimedii, sopra di tutto la elettricità; ma la signora era sempre afona.

In questo stato di cose fu consultato, per consiglio dello stesso prof. Massei, l'altro di noi, e fu giudicato il caso come un esempio singolarissimo di paralisi istero-traumatica delle corde vocali nè ci facemmo nes-

---

(1) Comunicazione fatta alla R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli, nella tornata del 30 Giugno 1895 e publicata negli Atti della suddetta Accademia.

(2) L'esame istologico, eseguito dal dott. G. Martuscelli, confermò, anche questa seconda volta, che trattavasi di un *comune fibroma molto vascolarizzato.*

suna illusione sulle difficoltà del trattamento, certamente più seria in questi casi che in quelli di semplice afonia isterica. Invero, tutte le cure riuscirono inefficaci. La suggestione in veglia, la faradizzazione locale e generale, la galvanizzazione dei vaghi, dei ricorrenti e delle corde vocali, la franclinizzazione, l'idroterapia ecc. tutto riuscì inutile.

L'esame della inferma non fu di alcun sussidio alla diagnosi. La sensibilità, che così spesso presenta delle anomalie nell'isterismo in qualcuna delle sue maniere, fu trovata, in questo caso, normale in tutte le parti del corpo. Il campo visivo, così spesso trovato ristretto dal Wilbrand e da altri, era normale per il bianco e per i diversi colori nella signora in parola; normali i riflessi. D'altra parte ella non presentava nessuna di quelle classiche note dell' isterismo nel carattere morale. Tranquilla, serena, uguale, misuratamente preoccupata, non amante di far mostra del suo male, niente inclinata ad esagerarlo, tormentava così l'analisi ed il giudizio del clinico.

D'altra parte eran sette mesi che essa era afona, ed era un pó scoraggiata, e più impaziente di riavere la voce; ed anche umiliante era la posizione dell'operatore, la cui opera aveva sortito un effetto così contrario a quello sperato dalla inferma.

In questo stato di cose, tornati inutili tutti i mezzi suggestivi in veglia, ai quali si volle dare la preferenza, decidemmo ricorrere alla formale ipnotizzazione della signora.

Si procedette al primo tentativo da uno di noi (Bianchi) attribuendo in verità ad esso più valore diagnostico, che curativo Ma le circostanze non furono favorevoli. Al secondo tentativo si ottenne un perfetto stato sonnambolico, nel quale si riuscì a fare una suggestione efficace: che la signora avrebbe parlato a voce alta per un' ora. Così avvenne. Alla scadenza dell'ora si ristabilì l'afonia.

Successivamente, la suggestione fu fatta per una scadenza a tempo sempre più lungo, fino a che alla quarta seduta, guadagnata completamente la fiducia della inferma, le fu suggerito che la guarigione sarebbe stata completa e definitiva.

E così fu. Son trascorsi ormai cinque mesi da che la signora ha riguadagnata la sua voce. Nè la afonia è ritornata, nè alcun altro accidente nervoso si è manifestato.

Il caso, dicevamo, ha interesse, perchè nella letteratura a noi nota non ve n'è uno che proprio gli rassomigli.

Il Mackenzie, il quale ci ha dato un bellissimo trattato sui tumori laringei (*Essay on Growths in the Larynx* — Londra 1871), riferendo di 112 casi da lui osservati, e dei quali ne curò 100, rileva che 89 volte osservò tra i sintomi culminanti la disfonia, la quale 70 volte fu completamente debellata, le altre volte migliorata. Fa cenno pure di 189 casi osservati da altri pratici e nei quali 109 volte la voce ritornò, 68 fiate migliorò.

Il semplice miglioramento, od il silenzio sui rimanenti casi, riguardano le difficoltà tecniche per l'impianto o la sede dei tumori, o la natura, sebbene nella maggior parte si trattasse di tumori benigni.

Fauvel, che nel suo «*Traitè pratique des maladies du larynx*», riporta 300 casi di polipi laringei da lui osservati, parla d'un pronostico felice, non ismentito dai fatti, per ciò che riguarda ripristinamento della voce, fenomeno così frequente nelle neoplasie laringee.

Schwartz (*des Tumeurs du Larynx*, Paris, 1886) ch'è pure l'autore d'un dotto e voluminoso trattato (di 294 pagine) non allude neppure lontanamente al fatto di cui fummo testimoni; ed infine, per ciò che riguarda la personale esperienza di uno di noi, si ha che sopra 481 caso di tumori laringei osservati in 24 anni d'esercizio, tra i quali figurano 84 casi di neoplasie a rapida evoluzione, è la prima volta che è succeduta l'afonia alla disfonia dopo il trattamento chirurgico.

Di questi 481 caso, è stata pubblicata una prima casuistica di 200 casi; gli altri sono inediti (Massei).

Questo che presentammo dimostra:

1. che una operazione chirurgica può lasciare conseguenze più o meno gravi, almeno in apparenza, le quali vanno attribuite alla costituzione neuropatica dell' operato, e non ad imperizia dell' operatore.

2. Che una operazione chirurgica può talvolta svelare una costituzione isterica o nevropatica, provocando una nevrosi istero-traumatica, senza preesistenza di marchi psico-fisici dell' isterismo, di che molti esempii esistono nella letteratura.

3. Che il medico non si deve arrestare innanzi a nessuna difficoltà, nè per preconcetti tralasciare qualcuno dei mezzi indicati nella nevrosi istero-traumatica, e specialmente la cura suggestiva. In fatti, questo è uno dei pochi casi nei quali sia stata ottenuta una guarigione così pronta e completa. In cinque di sette casi osservati da uno di noi (Bianchi), solo due risentirono lentamente i benefici effetti delle cure.

4. Che qualche volta la ipnotizzazione può essere utilizzata anche a scopo diagnostico, poichè, quando essa riesce, è quella che più di qualunque discussione e più di qualunque altro segno mette in luce, se non la identità, certo la grande analogia tra isterismo e nevrosi traumatica.

TUBERCOLOSI LARINGEA PRIMARIA (*)

STUDIO CLINICO-ISTOLOGICO

pel dott. GIOVANNI BONFIGLIO
(da Lentini)

con una tavola litografica

Cenno storico

La storia di questa malattia s'inizia col Morgagni: questo illustre anatomo-patologico fu il primo ad impressionarsi ed a richiamare l'attenzione dei cultori delle scienze mediche su di alcune lesioni da lui riscontrate nella laringe. Come si può leggere nella sua lettera XV, trattavasi appunto di due casi, in uno dei quali sulla parte posteriore della trachea, un dito trasverso al disotto della cartilagine cricoide, si era sviluppato un tumore della grossezza di una mezza noce, che alla superficie presentava delle piccole prominenze giallastre, grosse come grani di miglio e coverte da una materia putrida; in un'altro caso la mucosa laringea era cosparsa di numerose ulcerazioni.

Il Morgagni si fermò però solo a questo, al solo fatto cioè osservativo, senza che avesse enunciato alcuna considerazione clinica o anatomo-patologica sulle lesioni riscontrate.

Dobbiamo al Louis il primo passo fatto sulla natura di coteste alterazioni laringee. Nel suo libro «*Recherches sur la phtisie*» segnala la coincidenza frequente delle ulcerazioni laringee con la tisi polmonare, mette avanti anche delle note statistiche, che fanno vedere cotesta coincidenza nella proporzione di 44 casi su 102 tisici. E più positivo del Morgagni, riferisce coteste ulcerazioni della laringe alla tubercolosi, e in prova di che dice che su 500 individui affetti da malattie croniche bronco-pulmonari di natura non tubercolare, non riscontrò punto una sola ulcerazione. Nè si fermò qui, ma stabilita la sede di predilezione, attribuisce la genesi di coteste alterazioni laringee all'irritazione meccanica e specifica prodotta dal passaggio e dal ristagno degli sputi e del pus delle caverne, nella parte posteriore delle vie aeree superiori.

(*) Pubblichiamo di buon grado questo lavoro, che il bravo giovane dott. Bonfiglio scelse come argomento della sua tesi di laurea, sia per rendere un meritato onore allo studio ed al suo autore (la tesi fu approvata a pieni voti legali), sia per mettere a giorno i lettori di un importante quesito che si riferisce alla diagnosi della tubercolosi laringea.

LA REDAZIONE

Nel 1837, l'*Accademia di Parigi* metteva al concorso un premio per chi meglio avesse scritto un trattato sulla tisi laringea. I premiati furono Trousseau e Belloc: essi partendo dalla natura delle diverse affezioni laringee, ammisero una tisi di origine cancerigna, una tisi di origine sifilitica, e una tisi di origine tubercolare. Il loro lavoro però si fermò solo a ciò: poche le considerazioni sull'anatomia patologica e sulla natura del processo. Anzi asserirono erroneamente che nelle ulcerazioni laringee non riscontransi punto tracce di materia tubercolare. Per i primi enunciarono però una osservazione importante, *che la laringe può essere affetta, senza che fosse preceduta da alcuna lesione tubercolare dei polmoni.*

Come vedesi con Trousseau e Belloc la tubercolosi laringea entrava in una seconda fase, essa cioè oltre ad essere ammessa ed accettata dalla maggior parte dei Patologi come complicazione frequente della tisi polmonare, cominciava ad affermarsi come *processo primario antecedente a qualsiasi alterazione tubercolare dei polmoni.*

Andral, Hasse enunciano anch'essi che la tubercolosi laringea può esistere *primariamente*, sebbene per poco tempo, perchè di subito è seguita dalla affezione polmonare; essi inoltre, contrariamente al Louis, ammettono la presenza dei tubercoli nella laringe, che in secondo tempo finiscono per ulcerarsi.

Lhéritier, Barth, Wunderlich, Günsburg, Rokitansky ed altri si dichiarano anch'essi partigiani convinti della presenza dei tubercoli nella laringe.

Ad essi si oppongono Monneret, Fleury, Piorry, Seul, Rühle, Empis, dicendo di non averli mai riscontrati. Spettava al Virchow, colla sua autorità, a risolvere la quistione in mezzo a tanto mare di discussioni. Egli ammette in modo convincente la presenza dei tubercoli nella laringe, le quali produzioni miliari trovandosi di continuo esposte alle azioni esterne, subiscono un detrito nella loro superficie e danno luogo a formazione di piccole ulceri, e raccomanda appunto la laringe a tutti quelli che volessero studiare il *tubercolo vero.* La tisi laringea per lui era dovuta appunto alla tubercolizzazione della mucosa dell'organo.

La clinica e la pratica laringoscopica hanno confermato in massima parte le vedute del Virchow.

L'illustre nostro professore Massei appoggiandosi sulle osservazioni numerosissime della sua clinica fa osservare però, che l'*ulcerazione* non è carattere costante della tubercolosi laringea, e che la presenza del tubercolo si rivela con una infiltrazione che può ulcerarsi, come ammette il Virchow, ma può benissimo non *ulcerarsi* e presentarsi all'esame laringoscopico con i caratteri clinici ed obbiettivi dell'infiltrato.

Conchiudendo con questo breve riassunto storico, abbiamo che la

tubercolosi laringea dopo essere stata lungamente disconosciuta come processo specifico della laringe coincidente colla tisi polmonare, accettata come tale, finiva col venire annunziata ed indi affermata come forma primaria.

Trousseau, Belloc, Schech, Mandl, che pei primi fermarono l'attenzione dei Patologi su cotesto fatto, stante però la scarsezza dei casi, non poterono acquistare alla loro opinione la convinzione di tutti. Infatti alcuni autori, come Ziemssen, M. Mackenzie e Klebs negano cotesta eventualità.

I lavori però del Progrebinski, del Sonnenbourg, dell'Orth, del Fränkel, del Ziehl, del Marchiafava, dovevano metterere fuori dubbio l'esistenza della *forma primaria della tubercolosi laringea.* E Brunn andando più avanti, asseriva che la tubercolizzazione della laringe esponeva i polmoni a grandi cause d'infezione, poichè gli infermi dopo gli accessi di tosse, facendo delle profonde inspirazioni, aspirano facilmente dei bacilli.

Del resto era logico ammettere a priori che la laringe, situata all'ingresso delle vie respiratorie, quindi più vicina alle cause d'infezione, ricca di glandole, di elementi istologici, di attività funzionale, potesse *ammalarsi primitivamente* di tubercolosi, ed Orth e Heryng hanno quasi, con ragione asserito, che la tubercolosi laringea non è secondaria che raramente.

Etiologia e Patogenesi

Perchè si abbia una idea chiara e completa delle condizioni etiologiche e patogenetiche necessarie allo sviluppo della tubercolosi laringea, crediamo opportuno di cominciare col distinguere le forme che etiologicamente assume questo morbo, e cioè la forma *primaria* e la forma *secondaria*. Cominciamo dalla *primaria* che a noi interessa di più: — dobbiamo distinguere due grandi categorie di cause: *predisponenti* ed *efficienti*.

1.° Molte sono le cause predisponenti: di esse alcune riguardano l'organismo in generale, altre sono invece strettamente inerenti alla laringe. Tra le prime ne abbiamo importantissima una, l'influenza ereditaria. Sin da Ippocrate è noto che la ereditarietà giuoca una grandissima parte nello sviluppo della tubercolosi in genere; le numerose statistiche e i lavori odierni lo provano chiaramente. Molto convincenti in proposito sono le esperienze fatte su 18 cavie dall'illustre prof. De Renzi, il quale ha potuto concludere come i feti di cavie inoculate di tubercolosi, presentavansi affetti dalla stessa malattia, purchè però l'inoculazione nelle madri non risalisse a meno di 38 giorni — tempo necessario a che il virus tubercolare inoculato potesse diffondersi e generalizzarsi in tutto l'organismo della cavia. Quello però che è stato

molto discusso ed ancora si discute, si è il modo come agisce questa ereditarietà, in altri termini si eredita dai genitori tisici il germe o invece il terreno favorevole all'attecchimento del primo?

Riuscirebbe molto lungo l'enumerare i nomi dei fautori di ciascuna teoria, massime poi se volessimo esporre gli esperimenti e le ragioni di cui si avvalgano per sostenere il loro modo di vedere. Diciamo solo che la più caldeggiata ed accettata sarebbe la 2ª teoria, secondo la quale dai genitori tisici si erediterebbe un indebolimento nei poteri di resistenza dell' organismo che predisporrebbe questo all' affezione tubercolare. Villemin, lo stesso Koch e moltissimi altri sostengono appunto questo modo di vedere.

Non meno numerosi sono poi i sostenitori della trasmissione diretta della tubercolosi, e tra i casi recentissimi addotti in dimostrazione di ciò, abbiamo quello comunicato dall'illustre nostro prof. Armanni al 10.° Congresso Internazionale Medico di Berlino (anno 1890), di una donna, cioè, morta all' 8° mese di gestazione per tubercolosi, di cui l' utero, la placenta, il feto pur non presentando alterazioni di sorta, inoculati però in piccole parti a due cavie, una di queste moriva dopo quattro mesi con tubercolosi diffusa.

Abbiamo anche una predisposizione acquisita: l'organismo umano, dice Bouchard, nelle sue perfette condizioni di salute non è un terreno favorevole allo attecchimento e sviluppo del germe; perchè diventi tale bisogna che scenda dalle sue condizioni salutari o per cattiva igiene, o per processi patologici varii: così la cattiva e scarsa alimentazione, l'abitazione umida e povera di luce, gli eccessi, le troppe fatiche, i processi morbosi che apportano come fatti consecutivi un profondo esaurimento, sono tutte cause che indebolendo i poteri di resistenza dell'organismo lo rendano più vulnerabile all'infezione tubercolare.

Delle cause predisponenti, come abbiamo detto sopra, ne abbiamo alcune che sono più strettamente circoscritte alla laringe, e di cui bisogna tenere gran conto: tra esse annoveriamo: 1° tutti i processi infiammativi acuti e specialmente cronici che si accompagnano a lesioni epiteliali desquamative od a semplici erosioni: 2° le erosioni e le ulcerazioni sifilitiche. Le prime agirebbero e dissestando la nutrizione dei tessuti, per cui li predispongono ad una alterazione qualsiasi, specie la tubercolosi come crede Laennec, Andral, e per la porta di entrata che presentano al bacillo di Koch colle erosioni.

Riguardo alle ulcerazioni ed erosioni sifilitiche, la simbiosi della sifilide e della tubercolosi è un fatto oramai assodato. Primo a richiamarvi l' attenzione fu Schnitzler; in seguito il professor Massei osservò pure un caso di una donna con ulcerazioni sifilitiche che nel decorso presentò le note della tubercolosi. Altri casi sono stati anche raccolti dal chiarissimo prof. A. Fasano. Secondo il modo di vedere

di questi tre esimii professori, si tratterebbe di una infezione che si sopraggiunge ad un'altra.

2.° Cause efficienti. Fin dei tempi di Aristotile, Plinio, e poi di Morgagni, Morton ecc. prevalse il concetto che la tubercolosi fosse una malattia grandemente contagiosa: i memorabili esperimenti del Villemin, comunicati all'Accademia nel 1865, lo dimostravano in modo evidente.

Nel 1872 anche il prof. Armanni eseguiva alcuni esperimenti allo scopo di studiare gli effetti delle sostanze tubercolari inoculate negli animali, e come campo di inoculazione, con idea geniale, sceglieva la cornea. La conclusione che ne trasse il professore si fu che, dopo un periodo di incubazione più o meno lungo (13 a 20 giorni), nel sito di inoculazione si manifestavano processi infiammativi e ulcerosi persistenti, e all'autopsia si trovava tubercolosi della milza, pulmone, fegato.

Gli stessi esperimenti furono nella stessa maniera, tranne lieve differenza, fatti dal Cohnheim e da altri, che vennero alle stesse conclusioni.

Queste ricerche sperimentali prepararono pur troppo la via alla memorabile scoperta dell'agente infettivo della tubercolosi, fatta da Roberto Koch.

Si affermava così in modo incontestabile la natura parassitaria della malattia, e si giustificava l'idea della contagiosità del male, pur troppo radicata nelle masse.

Il bacillo della tubercolosi si presenta al microscopio sotto forma di bastoncini corti (da 1 a 5 μ.) con le estremità leggermente arrotondate, privi di movimento spontaneo. Il metodo più comune di colorazione è quello del Ziehl-Neelsen colla modifica del Gabbett.

Vediamo ora il modo come avviene l'infezione nella forma primaria della tubercolosi laringea; evidentemente non essendovi in questa forma alcuna lesione tubercolare antecedente nell'organismo, l'infezione deve avvenire dall'esterno all'interno. Ora è assodato che i bacilli tubercolari, per il diseccamento e polveramento degli sputi dei tisici, si trovano benissimo nell'aria, conservando il loro potere virulento da un mese e mezzo, come crede Savitzky, sino a 3 anni, quando si trovano in condizioni favorevoli, come vuole Stone di Boston.

Perchè avvenga l'infezione, ci vuole quindi una prima condizione essenziale, che cioè il *predisposto* alla tisi laringea (come poi è lo stesso anche per altre forme di tubercolosi) respirasse un'aria inquinata da materiale tubercolare — le ricerche sperimentali hanno dimostrato ciò in modo indiscutibile. Così Trappeiner vide diventare tisici i cani, che costringeva a respirare dell'aria ricca del polverio di sputi disseccati di individui tubercolotici. Smith esaminando l'ovatta attraverso cui aveva fatto respirare degli individui tubercolotici, vi rinveniva dei bacilli. Ma ciò non basta: ci vuole l'esistenza di una *porta d'en-*

trata perchè si stabilisca l'infezione — tutte le erosioni e le lesioni epiteliali desquamative delle vie respiratorie, e nel nostro caso in ispecie della mucosa laringea, prodotte da precedenti processi infiammativi, rappresentano appunto la porta di entrata, per cui si avvera l'introduzione del germe tubercolare nell'organismo. Ad epitelio intatto non si avvera mai qualsiasi infezione. Ma neanche coteste due condizioni, sebbene necessarie e valevolissime, sono sufficienti : perchè si abbia la forma primaria della tubercolosi laringea, ci vuole una 3ª condizione ed importantissima, che la laringe rappresenti il così detto *locus minoris resistentiae* dell'organismo in cui è avvenuta l'infezione. Altrimenti potremo avere che il germe tubercolare, entrato per una erosione della laringe, anzicchè svilupparsi in questa, ci dia una tubercolosi polmonare, o di altro organo, in cui si è portato a mezzo della corrente linfatica o sanguigna; e viceversa non ci sapremo spiegare, non ammettendo cotesta terza condizione, perchè la tubercolosi di un organo lontano ci dia in secondo tempo una tubercolosi laringea per metastasi, anzichè di altra parte dell' organismo.

Le stesse condizioni etiologiche e patogenetiche valgono presso a poco per la forma *secondaria* della tubercolosi laringea. La differenza essenziale consiste in questo, che in essa, cioè, trovandosi nell'organismo un focolaio tubercolare precedente, l'infezione laringea avviene nell'interno dello stesso organismo per trasporto del germe, effettuito dalla corrente linfatica o sanguigna.

Nel più dei casi la tubercolosi laringea secondaria è complicazione frequente, successiva della tubercolosi polmonare. Si sono fatti in proposito dei lavori statistici. Secondo Lebert, Mackenzie ed altri circa un terzo dei tisici finisce col presentare le note della tubercolosi laringea. Willigk crede ciò nella proporzione del 15 per 100; Niemeyer del 50 per 100.

La tubercolosi laringea può manifestarsi di frequente anche secondariamente alla tubercolosi del naso. Il distinto dott. Carmelo Abate (da Catania) in alcuni suoi bellissimi opuscoli, cita pure parecchi casi di tisi laringea secondaria alla tubercolosi di organi lontani, quali la 3ª e 4ª vertebra dorsale affette da carie fungosa, e la pleura malata di infiammazione essudativa tubercolare, n i quali casi il trasporto del germe tubercolare alla laringe non può essersi avverato che metastaticamente, per cui egli giustamente viene ad ammettere una *forma metastatica* di tisi laringea.

Relativamente alla genesi della tubercolosi laringea secondaria alla tisi polmonare, sono state emesse varie opinioni. Il Louis, come abbiamo detto sopra, ammetteva come movente genetico delle ulceri tubercolari della laringe l'azione meccanica e specifica esercitata dallo sputo emesso dal tisico. Il Mackenzie però si oppose, facendo osservare che il

secreto della gangrena polmonare pur possedendo condizioni più corrosive non dà luogo mai ad alterazioni laringee.

Rheiner allora modifica la teoria del Louis aggiungendovi un altro fattore, che cioè il passaggio continuo dello sputo e la sua quasi continua azione specifica, irritante, esercitata per ciò da esso sulla mucosa laringea, finiva per alterare le condizioni nutritive di questa, e renderla predisposta ad ammalarsi, diventando in altri termini un *locus minoris resistentiae.*

Ma neanche con cotesta aggiunta soddisfece la teoria del Louis, e la stessa sorte toccò al Friedreich che aggiungeva pure alla opinione del Louis l'influenza del pneumogastrico.

Oggi, invece, la teoria più accettata è che l'infezione laringea avvenga per trasporto del germe mercè la corrente umorale, e più la linfatica che la sanguigna: teoria maggiormente sostenuta dall'Heinze, e condivisa dal prof. Massei.

Dopo la scoperta del Koch, non si può però negare che la teoria del Louis può avere certe volte il suo valore, e precisamente in quei casi, in cui esistono delle erosioni per causa diversa alla laringe: allora nel passaggio dello sputo può facilmente avverarsi che alcuni dei bacilli tubercolari in esso contenuti si innestino nella laringe penetrandovi per le dette erosioni.

Forme cliniche della tubercolosi laringea

Il reperto anatomico o l'esame laringoscopico nel vivo, sono concordi nel dimostrare che il processo tubercolare nella sua localizzazione sull'organo laringeo, predilige, di questo, in modo frequentissimo alcune parti. Così le prime ad essere affette sono le corde vocali e la mucosa inter-aritenoidea; poi segue l'epiglottide, i legamenti ari-epiglottici, tiro-aritenoidei superiori, le fibre muscolari, le cartilagini in genere, le quali ultime, specie la cricoide e la tiroide, si ammalano raramente.

Una volta localizzato il processo tubercolare, sia primario che secondario, in riguardo al lato clinico e anatomo-patologico, può nel suo sviluppo rivestire diverse forme, che l'Illus^tre prof. Massei, appoggiandosi su osservazioni fatte nella sua estesissima clinica, raggruppa in 5 tipi principali: 1° *forma ulcerosa;* 2° *pericondrite aritenoidea;* 3° *infiltrazione delle corde vocali;* 4° *deposito di granuli miliari nella mucosa delle vere corde;* 5° *forma poliposa o vegetante.*

Cercando di non essere lunghi, perchè ci riuscisse facile l'illustrazione e la discussione diagnostica dei casi clinici che riferiremo a momenti, crediamo utile dire qualche cosa su ciascuna di coteste cinque forme.

1.° La forma ulcerosa è la più classica e la più frequente tra tutte Quasi sempre l'infiltrazione tubercolare è il punto di partenza dell'ul-

cera, che per lo più si presenta superficiale e come fatto caratteristico occupa nel maggior numero dei casi la mucosa inter-aritenoidea, forse perchè è una regione ricca di elementi glandolari, di cripte, di linfatici.

2.° Nella seconda forma la tubercolosi laringea si esplica come una infiltrazione delle aritenoidi. Heinze opina che l'infiltrato risieda nella mucosa, anzichè nel pericondrio; però il lungo decorso di questa forma, conservante il tipo di infiltrazione per lungo tempo senza talvolta mai ulcerarsi, fanno respingere l'opinione di Heinze.

3.° In questa terza, l'infiltrazione occupa le corde vocali vere. Il processo anatomico è sempre lo stesso, è la forma clinica che varia: le corde si presentano col margine libero non più rettilineo, ma ineguale: la loro superficie è scabra, bernoccoluta, e di un coloro rosso-fosco.

4.° In questa forma si osservano depositi di granuli miliari sulle corde vere, che si presentano all'esame laringoscopico come tanti granuli trasparenti, rotondi, con un'aureola, rossa per varicosità vasali.

5.° Infine, nell'ultima forma la laringe si presenta deformata per un tumore impiantato nei ventricoli o nelle false corde, e che per l'aspetto ricorda a prima impressione il fibroma o il papilloma.

Sono stato ammesse da alcuni autori anche altre forme, oltre delle precedenti annunziate e illustrate dal prof. Massei, così la sclerotica del Gouguenheim, l'acuta, la cronica ecc.

La laringe però quando è affetta da tubercolosi, non presenta sempre le alterazioni specifiche, chiaramente tubercolari, già dette nelle cinque forme sopra descritte, ma può benissimo presentare delle alterazioni comuni, così l'*anemia*, che da alcuni è creduta come premunitoria di vere manifestazioni tubercolari, *forme catarrali* con ulcerazioni talvolta anche catarrali, e infine *paralisi* uni-o bilaterali delle corde, con afonia, di diversa interpretazione genetica a seconda dei casi.

Casi clinici di tubercolosi laringea primaria

Premesse queste poche nozioni, importantissime perchè ci agevoleranno di molto nel comprendere e nell'illustrare le alterazioni che ci siamo proposti di studiare, veniamo ai casi clinici raccolti nel Dispensario della Clinica Laringojatrica, diretto dal nostro prof. Massei.

Col nostro lavoro ci siamo prefissi di raggiungere due scopi: 1.° enunciare le difficoltà che il Clinico può incontrare nella diagnosi di una lesione tubercolare primaria della laringe, e vedere fino a qual punto riesca di superarle;

2.° mercè gli studii fatti nel Gabinetto del prof. Armanni descrivere le alterazioni istologiche della tubercolosi laringea.

I casi clinici sono tre: per essere brevi, anzicchè riferire la storia di ciascuno, ne esporremo solo una, tanto la forma clinica, le diffi-

coltà diagnostiche, e i criterii come superarle sono gli stessi per tutti e tre. Certamente ciò non sarà quando dovremo descrivere i risultati delle osservazioni istologiche, varie per ciascuno individuo.

Storia ed esame obbiettivo

Generalità — Il primo infermo è *Antipas Gabriele,* di anni trenta, di nazionalità greco,da Cefalonia. È celibe ed esercita il mestiere di negoziante. Ha i genitori viventi e in perfetta salute — tiene tre fratelli e una sorella di età adulta, che godono pure buonissima salute. Nessun membro della famiglia o collaterale, per quanto ci afferma l'infermo, è morto per malattie di natura sospetta tubercolare.

Anamnesi remota — L'infermo dice di essere stato sempre bene, prima dell' attuale malattia. Solo nelle stagioni invernali ha sofferto di tanto in tanto, a causa di raffreddori, leggieri catarri bronchiali da cui si è rimesso sempre presto. Non si è contagiato mai di morbo venereo o sifilitico.

Nessun abuso di alcoolici, di venere o di fumo. Ha menato una vita molto lavorata, ed esposta a continue cause perfrigeranti. Ha abitato case ora umide, ora asciutte.

Anamnesi prossima — L'attuale malattia data da un anno e mezzo: l'infermo riferisce come dietro un raffreddore che non sa precisare nei suoi particolari, avvertì un cambiamento nel timbro della voce che divenne rauca. Poco dopo alla raucedine seguì uno stato disfonico della voce. Per quanto risulta da insistenze fatte all' infermo, pare che questi disturbi della voce si sono stabiliti subdolamente, poichè non si accompagnarono ad alcuna elevazione febbrile, a tosse o ad affanno.

Andato a consultare un medico di Atene, gli fu detto che era affetto da catarro laringeo, e fece una cura interna di ioduro di potassio e delle inalazioni di acido lattico. Fece cotesta cura per circa un mese, ma non avendo ottenuto alcun giovamento e perdurando nella malattia, lasciò la Grecia e se ne venne a Napoli, e l'11 dicembre '94 si presentò al Dispensario della Clinica Laringojatrica.

Stato attuale — Esame funzionale della laringe: l'organo della voce è profondamente disturbato nella sua funzione — l' infermo presenta un'accentuata disfonia — camminando o sforzandosi di parlare, di tratto in tratto è preso da un senso di spasmo alla gola, accompagnato da tosse afona, spastica, seguita da espettorazione scarsa, siero-mucosa.

L' esame funzionale degli apparecchi respiratorio, cardiaco, genito-urinario, digerente, nervoso, non fa rilevare alcun disturbo.

Esame obbiettivo — Esame generale: colorito pallido — nutrizione bene conservata — sviluppo scheletrico, piuttosto forte — nessuno ingorgo glandolare, assenza di edemi — temperatura normale.

Esame speciale — Organo laringeo: all'esame laringoscopico le corde vocali, specie la destra, presentansi di colorito fosco e aumentate di volume, per tante piccole prominenze bernoccolute che rendono disuguali, scabri e il loro margine libero e la loro superficie — il resto della laringe, regione inter-aritenoidea, epiglottide, ecc., perfettamente sano.

Apparecchio del respiro — All' ispezione, il torace presentasi bene sviluppato in tutti e tre i suoi diametri, le escursioni toraco-costali uguali nelle due parti — tipo del respiro prevalentemente addominale. L'ispezione speciale del torace non fa vedere alcuno infossamento alle regioni sopra o sotto-clavicolari. Solo gli spazi intercostali sono un pò più larghi del normale.

Mancano assolutamente le note del torace paralitico.

La palpazione conferma ciò che si è notato all'ispezione: non riesce di sentire il fremito vocale tattile per la disfonia — nessun senso di sfregamento pleurale, o fremito da rantoli.

La percussione dà suono schietto polmonare dapertutto.

L'ascoltazione fa sentire murmure vescicolare anche agli apici.

L'esame obbiettivo degli altri apparecchi riesce negativo.

Il secondo infermo N. N., di anni 26, presenta pure un infiltrato delle corde vocali vere, non accompagnantesi a lesione di altra parte della laringe, o di altro organo.

Il terzo infermo è il sig. B. C., di anni 32, condizione sociale agiata — con lesione limitata esclusivamente alle corde vocali vere, e presentante le note obbiettive simili a quelle di *Antipas* — apparecchio del respiro perfettamente sano, almeno per quanto risulta dall' esame clinico — costituzione generale buona — nessun fatto ereditario.

Gli stessi disturbi subbiettivi di *Antipas*, vi erano anche in questi due ultimi casi.

Discussione diagnostica

Come chiaramente risulta dall' esame funzionale ed obbiettivo dei diversi organi, i disturbi subbiettivi che accusano i nostri infermi, si riferiscono ad alterazioni di un solo organo, e precisamente la laringe. L'apparecchio del respiro perfettamente sano. L' esame laringoscopico a sua volta ci fa vedere che l'alterazione morbosa è localizzata esclusivamente alle corde vocali vere, assumendo l'aspetto di un infiltrato: abbiamo quindi una forma di *cordite.*

Questa, però, evidentemente è una diagnosi anatomica e di sede, la quale ci dice e la forma e la localizzazione che ha assunto il processo anatomo-patologico, sviluppatosi nella laringe, ma niente della natura

della lesione, niente del movente etiologico. Il Clinico quindi deve andare più avanti, cioè ad una diagnosi di natura; è allora solo che può pronunciarsi sulla prognosi della malattia e sugli indirizzi curativi più opportuni.

Le diverse ipotesi diagnostiche, in tesi generale, si possono circoscrivere in tre grandi serie: I. infiltramento per processi flogistici semplicemente cronici; II. infiltramento per infiammazioni croniche specifiche, e III. per vere formazioni neoplastiche.

I. Un infiltramento flogistico, semplicemente cronico non potrebbe essere dato che da tre processi: *a*) laringite granulosa, *b*) pachidermia verrucosa, *c*) cordite tuberosa del Türck.

Cominciamo collo scartare subito la laringite granulosa perchè questa varietà del catarro laringeo cronico predilige per la sede quelle parti della laringe ricche di glandole, come la mucosa interaritenoidea e l'adito laringeo, mentre nel nostro caso il processo siede unicamente sulle corde vocali, e poi abbiamo come altri caratteri differenziali l'etiologia diversa della laringite glandolosa, che si osserva frequentemente in individui che usano molto della voce nel declamare o cantare, la sede e l'aspetto del processo, che si svolge nelle glandole, le quali ipertrofizzandosi si presentano col loro dotto molto dilatato e in forma di piccolissime sporgenze, che per essere notate al laringoscopio richiedono talvolta una forte illuminazione e rendono rugosa, ineguale la mucosa laringea.

Riguardo alla pachidermia del Virchow, dobbiamo anche metterla da parte, perchè quand'essa affetta le corde vocali essendo queste povere di connettivo, vi si esplica nella forma cosidetta dal Virchow stesso *diffusa*; ma allora le corde vocali presentano un aspetto del tutto diverso da quello che vediamo nei nostri casi, con formazione particolare di una specie di lamina bianco grigiastra che si riesce ad allontanare e che è costituita da epitelio epidermoidale — E poi la pachidermia laringea si riscontra frequentemente nei bevoni e fumatori.

Rimane la cordita tuberosa, descritta pel primo dal Türck. Come si rileva dal nome, questo processo flogistico ipertrofico predilige le corde vocali e precisamente le vere e può presentarsi sotto due forme, o come un vero tracoma, o pure sotto l'aspetto di tumoretti piccoli, isolati, rotondi, che siedono per lo più al centro, ai margini liberi, o alle commissure delle corde. Ora è con quest'ultima varietà che può benissimo confondersi l'infiltrato tubercolare di cui parleremo avanti. E veramente in primo tempo la diagnosi differenziale riesce difficile, quando si tratti appunto di una tubercolosi laringea primaria. I criterii differenziali clinici sarebbero: 1° l'etiologia, che nella cordite tuberosa ci è data per la maggioranza dei casi dall'uso esagerato della voce, specie quando precedentemente la laringe è già affetta da una forma catarrale semplice.

2.° La cordite tuberosa, e con essa tutti i processi infiammativi ipertrofici esclusivamente limitati alle corde vocali, è più rara che l'infiltrato tubercolare.

3.° Si può ricorrere al criterio diagnostico fornitoci dal Baumgarten, della cocainizzazione: se per l'azione costrittrice esercitata dalla cocaina sui vasi la corda vocale si riduce e impallidisce, si tratterà di un infiltrato semplicemente flogistico. Questo criterio importante non sempre però può giovare, perchè se l'infiltrato, ad es. tubercolare, fosse sorto su di una laringe già precendentemente infiammata, oppure i tubercoli avessero secondariamente fatto sviluppare una infiammazione secondaria della laringe, o anche in una terza ipotesi se all'infiltrato tubercolare, per un raffreddore o altra causa comune si fosse aggiunto come complicazione indipendente una laringite acuta o cronica, ma allora evidentemente in seguito alla cocainizzazione noi avremo una riduzione e un pallore delle corde, mentre queste sono tuttavia affette da tubercolosi. A nostro vedere, quindi, il criterio del Baumgarten non ha un valore assoluto o almeno vale più quando la cocaina non esercita alcuna azione riduttrice, che nel caso inverso, e come tale il clinico non si può affidare ciecamente per una diagnosi differenziale.

I criterii più esatti, invece, ci vengono forniti dall'esame batteriologico degli sputi, e dall'esame istologico dei pezzettini di tumoretti estirpati colle curette. Di questi due criterii parleremo in ultimo.

II. Infiltramento per sviluppo di tumori infettivi di granulazione. Sotto questo nome in anatomia patologica vanno intese delle escrescenze circoscritte, granulari, che non sono dei tumori nel vero senso della parola, sì bene il prodotto di infiammazioni croniche specifiche, infettive, quali la sifilide, la tubercolosi, il lupus, la lepra, cui per completare il quadro anatomo-patologico potremo aggiungere anche la morva e l'actinomicosi, che però non ci interessano nel nostro studio.

Cominciamo con l'eliminare il lupus, stante che se la diagnosi differenziale coll'infiltrato tubercolare è difficile in primo tempo, purchè si tratti però di forme primarie di tubercolosi e di lupus della laringe, a corso avanzato della malattia più non lo è, poichè oltre che il lupus è raro che si manifesti primariamente nel laringe, anche in questo caso finisce però dopo un tempo più o meno lungo, 5. 6, 7 mesi e anche un anno col dare delle manifestazioni cutanee caratteristiche del lupus. Abbiamo ancora che esso affetta più i giovani, non negando però che possa facilmente manifestarsi negli adulti, come ammette Ramon de la Sota: infine il lupus per quanto riguarda la sede predilige le parti superiori della laringe, e interessa le parti seguendo un corso discendente.

Scartiamo anche la lepra, perchè anche questa rarissimamente si

localizza in altro organo prima della cute, predilige le parti superiori della laringe, e all'affezione laringea si accompagnano alterazioni della faringe e cavità orale da cui per diffusione pure discendente in 2° tempo viene interessata la laringe.

Rimangono la sifilide e la tubercolosi. L'infiltrato tubercolare si differenzia dall'infiltrato a carattere sifilitico, prima di tutto per l'anamnesi che riesce di somma importanza perchè ci fa sapere che l'infermo in un tempo più o meno lontano si è contagiato di sifilide — ma come risulta della storia dei nostri infermi le notè veneree mancano assolutamente.

Un secondo criterio differenziale è la sede: l'infiltrato tubercolare presceglie (almeno il più delle volte) delle corde la superficie superiore, mentre l'infiltrato sifilitico predilige la superficie inferiore.

Ancora nella sifilide sono dei preziosi dati il colorito rosso cupo della mucosa laringea, l'irregolarità della superficie infiltrata, l'unilateralità per lo più dell'affezione: dati tutti deficienti nei casi in esame.

Infine abbiamo il decorso; l'infiltrato gommoso ha un incremento rapido, e quando ha sede nelle corde, stante la resistenza del tessuto di queste e l'assenza di lasco connettivo sottomucoso, di rado subisce la fase ulcerante: l'infiltrato tubercolare invece ha uno sviluppo lento, insidioso quanto mai, e per lo più nel progredire segue un cammino ascendente.

Un ultimo criterio importantissimo, che vale quando tutti gli altri non sono abbastanza chiari per una diagnosi differenziale, è quello terapico — sottoponendo l'infermo alla cura antisifilitica dopo 6, 7 giorni se si tratta di sifilide, l'infiltrato si modifica sensibilmente, ciò che certamente non sarà nella tubercolosi.

III. Infiltramento per vere formazioni neoplastiche.

Due sono i tumori da essere posti in considerazione in una diagnosi differenziale: il carcinoma e il papilloma.

Cominciamo dal primo. I criterii clinici che, quando esistono, fanno ammettere il carcinoma sono: 1.° l'età: il cancro è un tumore che sorge nel più dei casi quando l'organismo è entrato nel processo di involuzione senile — 2° l'infiltrato carcinomatoso non è niente regolare, ha qualche cosa di vegetante, di prevalenza in certi punti dell'accrescimento; la mucosa per lo più non presenta sintomi di catarro diffuso cronico, ma invece un aspetto simile al normale del lato sano.

La diagnosi di carcinoma diviene poi, secondo Ruault, certa quando oltre cotesti dati si ha quello della disturbata motilità della corda affetta, per l'infiltrazione neoplastica profonda di essa e per la miosite collaterale.

Tutti questi sintomi obbiettivi favorevoli pel carcinoma, mancano però assolutamente nei nostri casi, che per sopraggiunta presentano

un'età giovane; dobbiamo quindi mettere da parte la ipotesi del carcinoma.

Resta il papilloma — Esso è un tumore che si sviluppa a preferenza sulle corde vocali, ove riscontransi numerose papille, e può presentarsi o peduncolato ed allora riesce facilissima la diagnosi, o sessile e questo è il caso più comune: è precisamente quest'ultima varietà che può confondersi coll'infiltrato tubercolare, quando però le escrescenze papillari, per un involucro epiteliale spesso, si presentano colla superficie levigata.

In primo tempo la diagnosi in questi casi riesce un po' difficile, e solo osservando l'ulteriore decorso può rendersi facile, per lo sviluppo rapido e la facile caducità, con grande tendenza a recidivare, del papilloma.

Conchiudendo questa prima parte della discussione diagnostica, abbiamo che stando ai dati clinici, in primo tempo riesce difficile enunciare con sicurtà la diagnosi di natura della lesione delle corde riscontrate nei casi in esame — solo dopo un minuto lavoro differenziale si possono mettere da parte numerosi processi che se non nelle fasi ultime, si confondono facilmente nel loro inizio: restano però in campo due possibili affezioni: una cordite tuberosa del Türck e una infiltrazione tubercolare primaria delle corde, e diciamo primaria, perchè evidentemente tutto lascia a credere che non si tratti di una forma secondaria, dato l'esame clinicamente negativo dell'apparecchio respiratorio in ispecie, e anche degli altri organi.

Evidentemente il clinico coscienzioso non si può contentare di rimanere in dubbio fra coteste due affezioni sì diverse per la natura, per la prognosi e per la cura.

Ebbene rimangono in di lui potere due mezzi diagnostici importantantissimi: l'esame batteriologico degli sputi, e l'esame istologico dei pezzettini dell'infiltrato. Dopo la scoperta del bacillo della tubercolosi fatta dal Koch, l'esame microscopico degli sputi, in caso di tubercolosi delle vie aeree, diviene un mezzo diagnostico importantissimo per confermare la sospettata natura infettiva del morbo, e per delucidare le diagnosi dubbie. Però come per la tubercolosi polmonare, anche per la tubercolosi laringea primaria il reperto negativo dell'esame dello sputo, non fa escludere assolutamente che possa trattarsi tuttavia di un processo tubercolare, e la ragione è semplicissima: perchè nell'escreato potessero trovarsi i bacilli tubercolari, bisognerà che il materiale dei tubercoli, in seguito a fusione ed ulcerazione all'esterno di essi, si riversasse nelle vie bronco tracheali, da cui poi verrebbe espulso colla tosse. Ora fin quando ciò non avviene, non sarà possibile trovare i bacilli di Koch negli sputi, la cui assenza quindi non distrugge che il processo possa essere tubercolare.

Questo fatto ha ricevuto una conferma nei casi clinici presentati: all'esame microscopico degli sputi non si è rinvenuto nessun bacillo, e ciò si spiega quando si pensa che la tubercolosi laringea primaria

da cui sono affetti i nostri infermi, si presenta sotto la forma di infiltrato, ancora resistente, senza essere passato nè alla fase di caseificazione, nè alla fase ulcerativa. Anche l'esame batteriologico degli sputi ha quindi un valore diagnostico non assoluto, ma relativo allo stato del processo morboso, e solo quando riesce affermativo, col fare vedere l'agente infettivo della tubercolosi, è di una importanza incontestabile perchè si possa enunciare la diagnosi di tisi bacillare. Allorchè riesce invece negativo, viene in campo un ultimo mezzo di indagine importantissimo, esatto quanto mai, ed è l'esame istologico dei frammenti dell' infiltrato.

Con questo esame noi studiando al microscopio nella sua struttura fina, istologica l'infiltrato, possiamo con certezza fare in un solo tempo la diagnosi differenziale tra un infiltrato tubercolare e un infiltrato flogistico semplicemente cronico; riconfermare la discussione clinica diagnostica con relegare le possibili ipotesi di infiltrato gommoso, carcinomatoso, luposo ecc. È appunto con l' esame istologico che noi siamo riusciti a potere nei nostri casi enunciare in modo assoluto la diagnosi di tubercolosi laringea.

Chiudiamo questa prima parte del nostro lavoro, rendendo grazie sentite al nostro affezionato prof. Massei per gli elevati suggerimenti e le sincere prove di affetto di cui colla sua innata bontà ci è stato tanto generoso.

Anatomia ed istologia patologica delle neoplasie tubercolari della laringe

Letteratura—Allorchè si consultano i libri classici, si è sorpresi di non trovare che pochissimi cenni, e per lo più incompleti sulla anatomia ed istologia patologica delle vegetazioni tubercolari laringee.

Il Morgagni, che fu il primo e con il quale s'inizia la storia della tubercolosi laringea, si limita a richiamare l'attenzione del Valsava su alcuni tumori da lui riscontrati nelle vie aeree superiori.

Andral va un pochino più avanti: egli dice che la mucosa laringea può ispessirsi, gonfiarsi particolarmente e produrre dei tumori di forma e grandezza variabili. In prova di che riferisce due casi rappresentati da due individui tisici, la di cui laringe era sede in ciascuno di essi di un tumore, del volume di un piccolo pisello, costituito da un gran numero di piccole granulazioni biancastre, che egli però dubita dovere riferire a veri tubercoli o pure a follicoli alterati.

Mandl nel suo trattato delle malattie della laringe, distingue due varietà di tisi laringea: la forma volgare, secondaria, e la forma primitiva, la quale ultima, secondo lui, si distingue dalla secondaria perchè prima dell' infiammazione si mostrano delle produzioni più o meno numerose, di grossezza differente e di colore biancastro.

Mackenzie riferisce due casi di produzioni tubercolari nella laringe. L'esame istologico gli mostrò che esse erano costituite da una massa fibro-caseosa, contenente dei tubercoli miliari, con sede nel tessuto sottomucoso, da cui il processo non avea per niente interessato la mucosa.

Il Foà in un caso capitatogli, descrive queste vegetazioni ricoperte da epitelio pavimentoso, costituito da tessuto connettivale con acini glandolari, e contenenti alla base delle cellule giganti, a livello delle quali sono disseminati numerosi bacilli.

Heryng in tre casi da lui osservati di tumoretti laringei, ne trovò uno che all'esame microscopico si presentò costituito da tessuto di granulazione, con alcuni piccoli tubercoli e cellule giganti. L'epitelio che rivestiva il tumore era ispessito.

Virchow asserisce essere il tubercolo il substrato della tisi laringea. Secondo lui i tubercoli ora possono svilupparsi isolati, ora agglomerati dando luogo alla formazione di *tumori* che sarebbero costituiti da molti noduli tubercolari riuniti, ora da un tessuto intermedio di granulazione, ora da una trama connettivale iperplastica. Ciascuno nodulo avrebbe il volume di un acino di miglio, e sarebbe composto di elementi cellulari rotondi, di diversa grandezza con nuclei splendenti, sferici od ovalari, e con nucleoli simili agli elementi delle glandole linfatiche, e che perciò chiama cellule linfoidi; tra coteste cellule piccole ve ne sono di quelle grosse contenenti due o più nuclei. Una serie di fibrille connettivali viene a interporsi tra una cellula e l'altra da formare una rete finissima in cui possono trovarsi dei vasi, però non neoformati.

Anche Ziegler è presso a poco della stessa opinione del Virchow: avvenuta, dice egli, l'infezione tubercolare della laringe, il processo può manifestarsi o sotto forma di piccoli focolai di infiltramento cellulare, oppure quando l'infiltrato è più esteso in forma di tessuto granulante sotto-epiteliale, che contiene numerosi tubercoli, nel centro dei quali si trovano di frequente cellule giganti, caratteristiche per il loro protoplasma molto granuloso, e pei grossi nuclei ovali con nucleoli — attorno a queste cellule giganti stanno delle altre piccole, rotonde, finamente granulose, con piccolo nucleo, di cui alcune più grosse e simili a cellule di epitelii o endotelii rigonfiati e che chiama perciò cellule epitelioidi. Uno stroma connettivale sostiene questi elementi.

Langhaus, Schuppel, Ziemssen descrivono minutamente la forma di queste cellule giganti, e dichiarono che la presenza di esse è decisiva per la diagnosi di tubercolosi.

I professori Gouguenheim e Tissier, nel loro prezioso libro sulla *tisi laringea*, riferiscono alcuni casi clinici di infermi tubercolotici, nella cui laringe si erano sviluppati tumori della parvenza di granulomi, ma che all'esame istologico presentano la struttura di papillomi, che essi considerano come una varietà di tumori tubercolari, stante i risultati positivi avuti da inoculazioni negli animali.

Quando poi queste produzioni tubercolari assumono la forma di granulomi, allora si presentono ricoverte da epitelio stratificato, la base è costituita da tessuto connettivale fibroso e solido; l'interno del tumore quando è giovane, è formato da cellule rotonde, piccole, embrionali, di cui alcune deformate e granulose; se il tumore è antico l'infiltrazione cellulare si trova agli estremi e alla periferia, e al centro trovasi una massa poco consistente, granulosa, che col carminio assume una tinta aranciata e contiene delle cellule giganti enormi, a nuclei periferici, ovalari, numerosissimi e mostranti talvolta dei bacilli.

A. Ruault si associa in gran parte alle vedute del Gouguenheim e del Tissier, a proposito della descrizione istologica dei granulomi tubercolari della laringe. Se ne allontana però a proposito dei papillomi che si riscontrano di frequente nelle laringi affette da infiltrazioni tubercolari. Egli non crede di vedere in queste trasformazioni dermo-papillari una varietà di tumori tubercolari, che considera piuttosto come una complicanza indipendente ed a sè. Si spiegano i risultati avuti dal Gouguenheim mercè l'inoculazione dell'estratto di questi papillomi negli animali, coll' ammettere che essi sieno stati dovuti ai bacilli che per mezzo dell' espettorazione si saranno trovati per caso nei tumori papillari.

Finisce col notare che i focolai tubercolari sono scarsi negli strati profondi, trovandosi a preferenza nello strato sottoepiteliale, e che talvolta mancano per una grande estensione gl' infiltrati tubercolari che ai tagli perpendicolari alla superficie della mucosa si presentano costituiti in tutto il loro spessore da numerosi elementi embrionali.

Descrizione dei preparati

Esposta così, in brevi cenni, la letteratura delle produzioni tubercolari laringee, importante per la comprensione di quello che diremo tra poco, veniamo alla descrizione microscopica dei preparati fatti nel gabinetto del prof. Armanni sui frammenti di infiltrato estirpati dalla laringe dei nostri tre casi clinici.

I tumoretti furono per la maggior parte fissati in alcool assoluto, e solamente il tumoretto spettante alla 1ª osservazione venne messo direttamente dopo l' estirpazione in liquido di Müller.

Dopo i soliti passaggi in trementina e paraffina, furono inclusi nella medesima, lasciandoli alla stufa a 55° solamente per un paio di ore, perchè piccolissimi.

I tagli eseguiti furono alcuni, essendo friabili, fissati direttamente sul copriogetti con la miscela di albume e glicerina; altri perchè più grandi, fu possibile trattarli isolatamente.

Le colorazioni preferite furono quelle al carminio alluminato, all'ematossilina, e a questi due colori con il contrasto dell' eosina.

Alcuni tagli furono pure colorati con safranina o col violetto di genziana in soluzioni alcooliche; oltre ai cennati preparati, ne vennero eseguiti per ognun tumoretto circa 10 sezioni, le quali furono destinate per la ricerca dei bacilli della tubercolosi, con le colorazioni di Ziehl-Neelsen (fucsina fenicata e bleu di metile) e di Koch (violetto di genziana in acqua di anilina riscaldata e colorazione di contrasto modificata all' eosina).

Però per quanto scrupolo si sia messo da parte nostra nell' eseguire i cennati metodi, e avendo avuto agio di ripetere per ogni caso per ben tre o quattro volte lo stesso esame, sentiamo il dovere di dichiarare che sempre la detta ricerca ci riuscì negativa.

Ed ora facciamo seguire la descrizione istologica relativamente ai casi clinici già discussi nella parte clinica.

I. *Caso clinico* (*Antipas*, 1ª osservazione fatta in dicembre 1894) — Osservando a debole ingrandimento la superficie di taglio delle diverse sezioni del tumore, rilevasi come primo fatto importantissimo una infiltrazione cellulare, che occupa quasi tutto il campo del microscopio, ed è costituita da una serie infinita di cellule rotonde, piccole, da ricordare la forma embrionale, le quali stanno strettamente vicine le une alle altre, separate da scarso tessuto connettivale.

Un secondo fatto da notare è la presenza di vasi capillari, costante in tutte le sezioni del tumore, di numero generalmente discreto, ma in alcune sezioni molto rilevante.

Le cellule giganti sono scarse, in un taglio se ne vede una però molto distinta, di forma irregolare, quasi poliedrica, con dei prolungamenti fini e corti.

Importante la sede prettamente sottoepiteliale del tumoretto: l'epitelio presentasi ispessito, costituito da parecchi strati di cellule che in alcuni punti si affondano in avvallamenti dell' infiltrato, da cui però si mantengono sempre distinti.

A forte ingrandimento si conferma in gran parte ciò che si è visto precedentemente — di *nuovo* si rileva che la forma delle cellule embrionali non è dapertutto rotonda, ma alcune sono ovalari e anche irregolari — esse presentano un nucleo rotondeggiante, che non lascia distinguere alcun nucleolo.

Il connettivo intercellulare, che a debole ingrandimento era poco o niente visibile, ora riesce manifesto, specie là dove l' infiltrazione cellulare è limitata.

La cellula gigante poc' anzi citata, presentasi con molti nuclei, situati tutti perifericamente, ma in modo disuguale, per cui lasciano liberi certi tratti della periferia della cellula — il protoplasma omogeneo, poco granuloso, in alcuni punti manda dei prolungamenti sottili, filiformi, corti e riuniti in fascetti che si internano un poco nei dintorni. Attorno ad essa non si vedono che cellule embrionali e connettivo.

L'epitelio si ravvicina al tipo del pavimentoso stratificato con molti strati di cellule — si nota infine un infiltramento perivasale (v. tavola, fig. 1).

II. *Caso clinico* (N. N.) — A debole ingrandimento anche qui il tumoretto in tutti i suoi tagli presenta una infiltrazione cellulare notevolissima: le cellule rotonde, piccole, sono fortemente stipate le une contro le altre, e in grado più avanzato che nel caso precedente — scarsissimo il connettivo intercellulare.

Di differenza del primo caso, a debole ingrandimento qui non si osservano che pochi lumi vasali chiari e distinti, di calibro vario, per lo più piccolo.

Le cellule giganti sono numerose, con forma e grandezza varia, alcune addirittura molto grandi, con protoplasma fortemente colorato dalla safranina — esse si trovano presso la periferia del tumoretto, e sono circondate dalle cellule embrionali dell' infiltrato.

A forte ingrandimento si osservano numerosissimi vasi di cui parecchi in via di formazione, la cui parete è costituita da una serie di cellule endoteliali grosse, di forma rotondeggiante, alcune fusiformi, con nucleo grosso, distinto — il calibro dei vasi piccolissimo, e in alcuni occupate quasi totalmente dalle cellule endoteliali.

Le cellule giganti presentano dei nuclei grossi, con nucleoli disposti in modo talvolta irregolare, non presentandosi situati perifericamente così come nelle cellule giganti classiche. In una sezione si osserva un focolaio di necrosi, le cellule sono fuse in una sostanza gialliccia, grigiastra, nella quale si notano tuttavia elementi cellulari embrionali ancora conservati, ma rari e isolati (v. fig. 3).

III. *Caso clinico* (B. C.) — A debole ingrandimento impressiona subito la proliferazione epiteliale esuberante, che oltre a limitare pericamente il tumore, si interna nel centro di esso sotto forma di prolungamenti lunghi, spessi, che talvolta si riuniscono con quelli del lato opposto, formando una specie di rete a larghe maglie, dentro le quali si osservano frequentemente delle isolette di varia configurazione ed estensione, costituite da papille tagliate trasversalmente per lo più, e poco o niente vascolose (v. fig. 2).

In alcune sezioni si vedono anche delle isole epiteliali, più o meno grosse, sparse qua e là nell'interno del tumore. In certi tagli il tessuto epiteliale è poi così esteso da rappresentare circa due parti del tumore.

Al centro delle sezioni si vede una infiltrazione cellulare, più o meno rilevante, meno intensa però di quella dei casi precedenti. Si riscontrano pochissimi vasi. Si vedono parecchie cellule giganti, di forma ora ovalare, ora rotonda, ora irregolarmente poliedrica, con nuclei situati tutti per lo più perifericamente e in più serie. Anche qui sono circondate dalle cellule embrionali dell' infiltrato.

In certi punti si osserva la presenza di glandole tagliate per lo più

trasversalmente, in corrispondenza dei loro dotti, che in certe sezioni si vedono però continuarsi nell'acino relativo unico (v. fig. 4ª e 5ª).

In una sezione del tumore riesce di potere vedere un nodulo tubercolare giovane, costituito da una grossa cel'ula gigante, circondata da una zona di cellule endoteliali, cui però non segue alcuna zona leucocitica (v. fig. 6ª).

A forte ingrandimento le piccole cellule si mostrano prevalentemente di forma rotonda, e separate da connettivo più rilevante che nei casi precedenti. — Le cellule giganti si mostrano con le loro solite note.

Antipas — (Seconda osservazione fatta in aprile 1895) — A debole ingrandimento si nota come fatto rilevante l' abbondanza dell' epitelio proliferato, di un grado molto più avanzato che nel III caso, tanto che in alcuni tagli esso costituisce quasi tutta la struttura del tumore, tranne piccoli punti in cui si vedono anche qui delle papille tagliate trasversalmente, prive per lo più di vasi.

In alcune sezioni il tumoretto presenta una specie di appendice, di estensione considerevole, in cui non si vede che una esuberante e pura stratificazione epiteliale.

Internamente il tumore è costituito da cellule piccole, rotondeggianti, di numero molto inferiore a quello delle osservazioni precedenti, divise da connettivo in quantità notevole — non si vedono che pochissimi vasi.

In un taglio si vede in mezzo alle cellule dell'infiltrato una cellula gigante molto chiara, di forma quasi rotonda, con più nuclei situati verso la periferia.

Conclusioni istologiche

Dai reperti istologici descritti noi possiamo venire a due serie di conclusioni: cioè conclusioni diagnostiche e conclusioni di struttura.

1.° Cominciamo dalle prime — Evidentemente i primi due casi — (*Antipas*, 1ª osservazione ed N. N., 2° caso clinico) — presentano lo stesso tipo di struttura: in tutte e due abbiamo che la produzione laringea è costituita da un infiltrato ricco, fatto di cellule embrionali, divise da poco connettivo in cui si trovano numerosi vasi già formati e parecchi in via di formazione.

Da questo reperto scaturisce facile la diagnosi di forma del tumore: ci troviamo cioè dinanzi a due granulomi; la presenza d' altro canto delle cellule giganti, più o meno numerose, giusto il loro valore diagnostico, affermato dal Langhaus, dallo Schuppel, dallo Ziemssen e da altri, ci porta alla diagnosi di natura dei due granulomi che possiamo dire *tubercolari*.

Anche i due ultimi casi (B. C. e *Antipas*, 2.ª osservazione) si possono raggruppare per la diagnosi di forma e di natura in una unica considerazione: in tutte e due la neoplasia laringea è costituita da tes-

suto epiteliale proliferato in modo esuberante, con papille più o meno numerose, e da un infiltrato di cellule embrionali più o meno abbondante, ma sempre in minor grado dell'epitelio, nella quale infiltrazione troviamo sparse delle cellule giganti tipiche, e anche in una sezione un nodulo tubercolare.

Dalla descrizione risulta chiaro che si tratta anche qui di due granulomi tubercolari, in cui però per la proliferazione dell'epitelio e delle papille si osserva un aspetto papillare.

È chiaro quindi come l'esame istologico ha potuto farci fare la diagnosi di tubercolosi laringea nei nostri tre casi, quando l'esame clinico di essi, e l'esame batteriologico degli sputi non aveano potuto farci pronunziare sulla natura della lesione.

2.° Conclusioni sulla struttura delle produzioni tubercolari della laringe. —Per quanto riguarda queste conclusioni, abbiamo che la tubercolosi laringea può presentarsi o sotto forma di *infiltramento* e di *ispessimento* diffuso di una parte della mucosa e sottomucosa, o sotto forma di *escrescenze* o *vegetazioni* rilevate sulla superficie.

Nell'una o nell'altra forma bisogna distinguere diversi stadii.

In un primo stadio, il tessuto presenta i caratteri di quello di granulazione, ricco di elementi cellulari, anche più o meno vascolarizzato, in mezzo a cui si notano qua e là cellule giganti sparse, o formazioni di veri piccoli tubercoli nella loro forma più tipica.

Le escrescenze possono per lungo tempo conservare il loro rivestimento epiteliale, il quale alcune volte è così iperplastico, da costituire la parte principale del tumoretto. Il tessuto connettivo mostra la struttura di un granuloma con elevazioni papilliforme più o meno sviluppate.

Questa apparenza papillare delle escrescenze ha potuto far credere molte volte trattarsi di semplici papillomi, ma in questo tessuto granuloso, se si osservano attentamente i preparati sopra diversi tagli, si riscontrano talvolta cellule giganti ed altre volte, come nella forma diffusa, formazioni di veri tubercoli miliari che stabiliscono la diagnosi (v. fig. 2ª e 6ª).

Sia nella forma infiltrata come nella forma vegetante, noi possiamo incontrare stadii ulteriori del processo, vale a dire stadii regressivi, degenerativi, necrosi caseosa, come si può rilevare dalla descrizione istologica del II caso clinico.

In uno stadio avanzato della neoplasia l'epitelio infine si può perdere, e le granulazioni vengono quasi allo scoverto.

Come abbiamo già detto l'esame istologico or ora riferito venne fatto nel Gabinetto di Anatomia Patologica degl'Incurabili sotto la direzione del Prof. Armanni, al quale siamo felici di testimoniare la nostra riconoscenza per gli affettuosi consigli e le continue prove dateci della sua benevolenza.


Fig 1.a

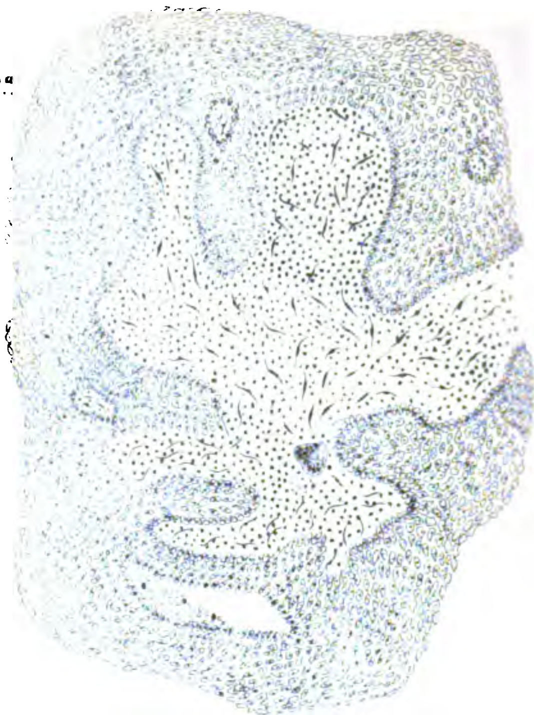
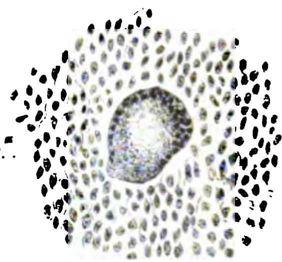
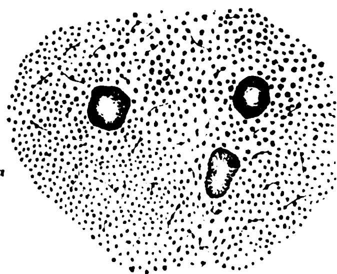

Fig 2.a


Fig 5.a


Fig 3.a


Fig 6.a


Fig 4.a

Dott. Bonfiglio dis.

A. Cajulli inc e lit.

Spiegazione della tavola

Fig. 1ª, Zeiss, oc. 3, ob. A — Granuloma con rivestimento epiteliale e numerosi vasi con infiltramento perivasale all'intorno, e cellula gigante.

Fig. 2ª, Zeiss, oc. 3, ob. A — Granuloma con esuberante rivestimento epiteliale, di apparenza papillare, con cellula gigante.

Fig. 3ª, Zeiss, oc. 3, ob. A — Granuloma con numerosi vasi dell' endotelio molto sviluppati e forte infiltrazione perivasale. Cellule giganti.

Fig. 4ª, Zeiss, oc. 3, ob. A — Lumi ghiandolari tagliati trasversalmente e visti a piccolo ingrandimento.

Fig. 5ª, Zeiss, oc. 3, ob. DD — Gli stessi a più forte ingrandimento.

Fig. 6ª, Zeiss, oc. 3, ob. DD — Cellula gigante con strato epitelioide allo intorno (tubercolo giovane).

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

BERGENGRUEN dott. P. — *Etiologia delle ulcere laringee nel tifo addominale (Zur Aetiologie der Kehlkopfgeschwüre bei Typhus abdominalis).*

È un fatto oramai generalmente risaputo, che il tifo addominale possiede, in grado accentuato, la tendenza a provocare numerose complicazioni, le quali non risparmiano quasi nessun organo dell'economia umana, ed in generale si producono tanto più frequentemente, quanto più grave è, e quanto più esso ha un carattere epidemico. Così, per es., Eichhorst a proposito dell'epidemia di tifo, che nell'està del 1884 infierì a Zurigo, riferisce che sopra 1463 casi, furono rari quelli che non presentarono complicazioni (12, 4 % negli uomini, e 10, 5 % nelle donne). — Dopfer ci dice, che sopra 927 casi di tifo addominale con esito letale in 723 (e quindi in circa l'80 %) eranvi complicazioni.

Per ciò che concerne le complicazioni della laringe nel tifo, Lüning, in un pregevole lavoro di compilazione, riporta i reperti necroscopici di 11 autori, nei quali risalta una differenza abbastanza cospicua circa la loro proporzione percentuale. In fatti, mentre Vierordt afferma che nel tifo trovò le complicazioni laringee nel 47, 7 % dei casi, e Griesinger dà su tale riguardo una proporzione del 20 %; il Libermann le avrebbe rinvenute appena nell'1, 8 %, altri nel 31, 4, ed altri nell'8, 6 %, dei casi di tifo. Trousseau riferisce che in tutta la sua vita vide soltanto due volte alterazioni laringee nei tifosi, Lebert mai; Rokitansky e Rheiner le avrebbero riscontrate non di rado; e Schroetter, che per lo spazio di 4 anni eseguì un « minuto » esame laringoscopico in tutti i tifosi dell'Ospedale Rudolf di Vienna, trovò complicazioni laringee soltanto nel 3 % dei casi.

Benchè già nel 1808 Bayle per il primo abbia richiamato l'attenzione dei medici sulle partecipazione della laringe alle gravi malattie febbrili, benchè nel 1825 Bouillaud abbia tenuto parola della pericondrite laringea come complicazione del tifo, Horteloup e Louis (1829) di essudazioni crupali sulla mucosa laringea nel tifo enterico, Chomel (1843) di processi laringei ulcerativi nell'ileotifo, ed Hasse già nel 1841 abbia distinto il catarro laringeo tifico dalle erosioni tifiche e dalla laringite tifica, fu Rokitansky (1842) quegli che, per il primo, fondandosi sopra esatte osservazioni anatomiche e su deduzioni logiche tratte dalle medesime, comprese esattamente il

momento etiologico delle ulcerazioni laringee tifiche, e nel suo classico Trattato di Anatomia Patologica speciale riconobbe, per la prima volta, il nesso causale fra il tifo addominale e le affezioni laringee che si presentano nel suo corso. Rokitansky qualificò questi casi come « laringotifo », e ravvisò nel processo laringeo soltanto un sintomo dell'affezione generale, non una complicazione accidentale od una malattia sui generis. Anzi, egli giunse finanche a tener parola di metastasi del virus tifico in determinati punti della mucosa laringea. Ed avvalorò questa spiegazione facendo rilevare, che la localizzazione più frequente del processo tifico nella laringe si ha in quei punti dove èvvi costantemente tessuto linfatico: sulla superficie anteriore della parete laringea posteriore, sulle false corde vocali, sui margini laterali e sulla regione del peziolo dell'epiglottide. Sono questi i punti in cui il processo tifico spiegherebbero dapprima la sua attività, e da essi verrebbero poi attaccati i tessuti immediatamente limitrofi. Dai follicoli colpiti dal processo tifoso viene non pure distrutto rapidamente l'epitelio, ma altresì irritato il pericondrio, ed iniziata la necrosi cartilaginea, sicchè qui la pericondrite deve essere riguardata come un processo secondario.

Questo concetto di Rokitansky non fu punto accettato da Dittrich, da Rheiner, da Ziemssen e da altri, e soprattutto Dittrich, fondò la cosiddetta teoria del decubito, la quale in ultima analisi riducevasi ad ammettere che le ulcerazioni laringee tifiche fossero dovute a compressione che l'organo subirebbe nel corso della malattia. — Alla sua volta, Eppinger fu il primo a studiare le ulcerazioni laringee, che produconsi nel tifo addominale, dal punto di vista batteriologico; dal risultato delle sue ricerche egli inferì che fossero di origine micotica, e le divise in tre gruppi: *a*) necrosi epiteliale tifosa micotica, la quale al principio sarebbe caratterizzata da forte iperemia attiva, scollamento della mucosa, e spesso anche da sensibile sfaldamento di cellule epiteliali. Così si produrrebbero erosioni le quali costituirebbero le porte di entrata dei micrococchi. In un grado più avanzato del processo, che conduce alla necrosi della rispettiva sezione, si ha: *b*) l'ulcerazione, e poi la pericondrite e la necrosi cartilaginea. Da questi due gruppi Eppinger distingue le: *c*) ulcere laringee tifiche per eccellenza, « perchè esse hanno lo stesso carattere dell'affezione intestinale ». — P. Koch ammise recisamente il carattere tifogenetico delle ulcerazioni laringee, facendo rilevare che il « laringotifo » coincide sempre col periodo acuto dell'affezione generale.

Non ha guari l'A. ebbe occasione di osservare un caso di tifo addominale molto importante, perchè le ulcerazioni laringee presentavano una estensione insolita, e perchè il loro accurato esame, in nesso con la storia clinica, depone assolutamente per la teoria di Kokitansky e contro quelli autori i quali sostengono tuttora la « teoria da decubito » delle medesime.

Trattavasi di un giovine e robusto marinajo di 24 anni, accolto nell'ospedale di Riga per ileotifo. Già fin dal secondo giorno della malattia apparve la raucedine, ma senza dolore nella gola. Verso la fine del primo settenario l'esame laringoscopico fece rilevare che la mucosa laringea era tumefatta ed arrossita, senza ulcerazione e senza essudato qualsiasi. Al quattordicesimo giorno si verificò un grave stridore laringeo. — Si esamina la laringe e si constata tumefazione dell'epiglottide e delle cartilagini aritenoidi.

Il vestibolo laringeo era coverto da muco denso. Si esegue la tracheotomia inferiore; però, il respiro non diviene libero neppure dopo quest'operazione. Dopo due ore insorgono gravi sintomi di stenosi, profonda depressione del giugulo, delle fosse clavicolari e degli spazi intercostali, cianosi della faccia, offuscamento del sensorio. Esito letale. — Si esegue l'autopsia, la quale fa rilevare le caratteristiche note anatomiche del tifo intestinale. La mucosa laringea, e specialmente la regione della cartilagine aritenoide, mostrano forte tumefazione edematosa. Le corde vocali vere sono in massima parte distrutte da ulcere profonde; il fondo dell' ulcera è coverto da una massa grigia, polposa, non fetida.

In qual modo eransi prodotte queste ulcere? Bastava un semplice sguardo, dice l'A., su quella che aveva sede mediana, per escludere che la causa avesse potuto essere costituita dal decubito, giacchè non si rilevava nulla che avesse potuto esercitare una pressione su quel punto. E meno che mai si avrebbe potuto, in questo caso, ricorrere alla teoria di Diltrich, ed invocare una ipotetica pressione da parte della colonna vertebrale, perchè l'ulcera era circoscritta unicamente alla mucosa della cavità laringea. In quanto alle due grosse perdite di sostanze laterali, benchè esse per sede, configurazione e forma delle parti marginali presentassero caratteri del tutto simmetrici ed analoghi, sì da far balenare alla mente l' idea che fossero dovute a decubito, l' A. respinge assolutamente codesta supposizione. In fatti, per decubito si intende un disturbo trofico, cagionato da compressione costante, il quale conduce alla gangrena del rispettivo punto. La compressione costante è *conditio sine qua non* per un decubito. Ora, nel caso osservato da Bergengrün il decorso della malattia fa rigettare assolutamente la supposizione di una compressione costante.

Più plausibile sembra la ipotesi accampata da Rheiner, da Lüning, ed ultimamente propugnata anche dal Flatau, che le ulcerazioni laringee nel tifo addominale possano avere una origine traumatica. Flatau porta opinione che i leggieri traumi, spesso ripetuti, rendano più facilmente accessibile ai germi infettivi la mucosa affetta da alterazione catarrale. Però, come giustamente Schroetter e Schmidt hanno fatto rilevare, oltre al tifo addominale « vi sono altre malattie, a decorso lento, con grave impegno di tutto l' organismo, offuscamento del sensorio, ecc., in cui non si producono tali ulcerazioni. Forse che gli infermi di tifo addominale parlano ed inghiottiscono più degli altri? Ciò è assolutamente insostenibile ».

Di quale natura è l' agente patogeno che provoca le ulcerazioni tifiche laringee? Che esso sia rappresentato da microrganismi, i quali pervenuti dall'esterno, oppure dall'interno, nel rispettivo punto, vi esplicano tutta la loro attività deleteria, è un fatto oggidì generalmente ammesso. Per lo passato, dopo che Eberth, Koch, Klebs, Gaffky ed altri, ebbero descritto concordemente il bacillo specifico del tifo, fu supposto che esso fosse il fattore primo ed unico di tutti i processi patologici che si svolgono nel corso di questa malattia, e che in esso fosse da rinvenire la causa delle corrispondenti alterazioni laringee. E codesta opinione parve trovare un solido appoggio in alcune comunicazioni di Eichhorst, di Bayer e di altri, nelle quali si annunziava che all' esame batteriologico delle ulcerazioni laringee tifiche eransi rinvenuti i bacilli del tifo. Però, dopo poco tempo, Fraenkel dimostrò con la massima precisione, che alla genesi della lesione laringea ti-

fica, descritta da Eppinger come necrosi epitelialemicotica, i bacilli del tifo non partecipano affatto. Fraenkel opina, che tutte le alterazioni laringee nel tifo abbiano unicamente la entità di complicazioni, sviluppatesi « sotto l'influenza di altri microrganismi, sul sostrato preparato favorevolmente dall'infezione generale tifica ». Fra questi microrganismi egli, col processo delle culture, riuscì ad isolare lo stafilococco piogene aureo. Dopo che Fraenkel, in base a questi fatti, incominciò a curare scrupolosamente la nettezza della cavità orale e faringea nei suoi infermi di tifo, ebbe a constatare con soddisfazione, che nello spazio di dieci anni non si produssero più gravi alterazioni laringee nel corso del tifo addominale, e che persino nelle più gravi epidemie non si fu costretti ad eseguire la tracheotomia per grave stenosi da pericondrite. — Basta soltanto accennare questo fatto per comprendere tutta la grande importanza che gli è devoluta.

Il reperto batteriologico di Fraenkel fu più tardi confermato da Brieger, Landgraf ed Antonow, che nei rispettivi preparati di ulcerazioni laringee tifiche riscontrarono sempre lo stafilococco piogene aureo, ma giammai il bacillo del tifo. Vero è che altri autori hanno affermato di aver rinvenuto quest'ultimo; però codesta contraddizione è soltanto apparente, perchè la dottrina della infezione mista, fondata sulla concorrenza di diverse specie di batterii sopra un solo e medesimo sostrato nutritivo, rende possibile di armonizzare e porre in accordo fra loro reperti che, a prima giunta, sembrano contraddittorii. Ed oggi si può ritenere che le ulcerazioni laringee tifiche sono dovute ad infezione mista, col predominio genetico dello stafilococco piogene aureo.

In ultimo l'A. dichiara che l'espressione « laringotifo », introdotta nella scienza da Rokitansky, non gli sembra molto calzante e razionale, giacchè può indurre un concetto erroneo sul carattere della forma patologica in parola. Egli propone di sostituirla con quella di « laringite tifosa » per il catarro tifoso che spesso si osserva nel tifo, e di « ulcera tifosa della laringe » per l'ulcera della mucosa laringea prodotta sopra un fondo tifico. Con queste denominazioni, dice egli, vengono indicati contemporaneamente la localizzazione di questa complicazione del tifo, lo stadio ed il grado di intensità dell'ulcerazione anatomica da essa cagionata, il suo carattere originario e la sua dipendenza costante dall'affezione fondamentale primitiva.

(Dall'*Archiv für Laryngologie und Rhinologie*; Fasc. I e II, 1895).

MEYER

E. FINK. — *L'importanza della Corizza nei bambini*
(De Bedeutung des Schnupfens der Kinder).

Perchè con tanta insistenza, domanderà qualche Lettore degli *Archivi*, da qualche tempo a questa parte, si ritorna su quest'argomento, che sembra trito e ritrito, essendochè la odierna Letteratura rinoiatrica e generica sovrabbonda di congeneri pubblicazioni, a partire da quelle numerosissime del Bresgen e terminando a quelle del Guye, del Radwitz e di altri? A questa domanda, che a prima giunta sembrerebbe calzante e giusta, si potrebbe rispondere per filo e per segno, a giustifica di quelli autori, che con così salda pertinacia non rifiniscono di trattare un argomento sul quale pare

che la Scienza abbia detto *le dernier mot*, ma che, quanto più acutamente viene investigato, tanto più ricompensa il lavoro che vi ci si spende, rivelando nuovi enigmi, che hanno un riverbero cospicuo, così nella teoria, come nella pratica. Noi, però, senza ingolfarci in una lunga quisquilia di « argomentazioni a difesa », ci limiteremo a ricordare che questa insistenza ha un movente non solo scientifico, ma altresì filantropico, giacchè ha per precipuo obbiettivo di far comprendere al popolo, che crede la corizza una delle più innocue malattie, e forse addirittura un processo salutare « per espellere i cattivi umori », quanti mali ponno scaturire dalla medesima! In fatti, non vi è medico esperto, che si occupi con predilezione della cura delle malattie nasali ed auriculari, il quale non abbia osservato nella sua pratica un numero rilevante di casi in cui, come conseguenza di una corizza trascurata o mal curata, si produssero alterazioni gravi, perfino irreparabili, in altri organi. Ed il massimo contingente di questi casi ci è fornito appunto dai bambini, il che non deve sorprendere, tenendo presente che le mucose dell'infante sono molto più vulnerabili di quelle dell'adulto, e che il naso e la faringe del bambino, per le loro condizioni anatomiche favoriscono straordinariamente la diffusione di un processo flogistico da questi organi in altri.

Per comprendere in qual modo il disturbo funzionale del naso possa avere riverberi patologici dei più gravi sull'organismo, fa d'uopo, osserva giustamente l'A., tener presente la sua entità fisiologica come organo della respirazione.

Considerato da questo punto di vista, risulta che esso deve assolvere un triplice còmpito, cioè che, quando funziona normalmente, deve riscaldare l'aria inspirata, impregnarla di vapore acqueo e purificarla in massima parte del pulviscolo e di elementi eterogenei che vi possono essere commisti.

Per ciò che concerne il primo còmpito, Mackenzie controllò le ricerche che sul riguardo erano state istituite da Gréhant nel 1814, e pervenne al risultamento che la temperatura dell' aria nel suo passaggio attraverso il naso aumenta di circa un grado di più di quando essa passa per la bocca. Bloch, al quale dobbiamo le più esatte ed accurate indagini su tale proposito (ribadite poi dal Mac Donald e da altri) ha constatato un altro fatto molto importante, cioè che quanto più bassa è la temperatura dell' aria prima di penetrare nella cavità nasale, tanto più aumenta la sua temperatura nel naso. Se, per es., la temperatura dell'aria inspirata ascende a — 8°, e quindi la sua differenza rispetto alla temperatura del sangue (37°) ascende a 45°, nel naso essa aumenterà di 25°. Se codesta differenza è minore, minore sarà pure la elevazione di temperatura che subisce nel suo passaggio attraverso l'organo. Il rapporto fra questa differenza di temperatura (cioè dell'aria inspirata rispetto a quella del sangue) ed il calore che le viene comunicato dalle cavità nasali, è costante, e propriamente ascende a circa cinque noni della sua differenza rispetto alla temperatura del corpo.

Inoltre, nel naso l'aria inspirata viene impregnata completamente, secondo Bloch, per circa due terzi, di vapore acqueo, che le viene fornito dalla mucosa del tratto respiratorio, la quale, giusta le osservazioni del Rossbach, è coverta da un sottile strato di muco. — In fine — fatto importantissimo — codesto esile strato di muco che tappezza normalmente il rivestimento interno

del naso è del tutto sufficiente per purificare l'aria inspirata dalla massima parte di pulviscolo e microrganismi che essa trasporta seco, ed impedire, con la cooperazione delle ciglia vibratili, che pervengano nella laringe e nella trachea. Ciò spiega perchè nei recenti Trattati di fisiologia è detto che il naso è il filtro dell'aria. E potremmo all'uopo soggiungere che dalle ricerche di J. Wright risulterebbe persino, che l'80 % dei batterii esistenti nell'aria vengono rattenuti nel naso, e non giungono nella faringe; mentre Hajek alla sua volta ci fa sapere, che il muco normale del naso è un cattivo terreno nutritivo per batterii, e che tutt'al più vi si sviluppano soltanto pochissime specie di cocchi e bacilli, e propriamente quelle forme le quali soggiornano costantemente nell'aria. — Nè ciò è tutto, giacchè merita altresì di essere tenuto presente il fatto, scaturito dalle ricerche recentissime, che il secreto nasale possederebbe un potere battericida analogo a quello del secreto vaginale, il quale, com'è ben risaputo per gli esperimenti di Menge, di Bumm e Doederlen, può distruggere in brevissimo tempo il batterio piocianeo, lo stafilococco piogene aureo e lo streptococco piogene.

Prendendo in considerazione questi fatti, riesce agevolissimo comprendere le esiziali conseguenze che possono essere prodotte dalla corizza acuta e da quella cronica, quando vengano abbandonate a sè stesse od impropriamente trattate.

A Kusmaul si deve il merito di avere, per il primo, accertato il nesso causale fra la coriza dei poppanti e taluni disturbi che si producono in conseguenza della medesima. In fatti, nella corizza acuta, come è noto anche a tutti i medici generici, il bambino respira per la bocca, onde gli riesce difficile la suzione; è disturbato il sonno (perchè allora la lingua si addossa al palato duro, e preclude il passaggio dell'aria per il varco orale), donde il frequente destarsi in soprassalto; èvvi dispnea, il bambino piagnucola continuamente il che determina raucedine, o finanche afonia. Spesso, però, questa è dovuta alla laringite, verificatasi per diffusione della flogosi dal naso, o per lo stimolo esercitato dall'aria non purificata dal filtro nasale. Ed in parecchi casi sopravvengono persino bronchite o broncopulmonite, e allora la temperatura si eleva fino a 40° e la vita del bambino è seriamente minacciata. — Nei bambini grandicelli, il pericolo inerente alla corizza acuta non è così grave come nei poppanti, ma ciò non toglie che sia da tenere in non cale. Tutt'altro! Basterà dire, che quando è alterata la secrezione del naso qualitativamente e quantitativamente per effetto di corizza acuta, il secreto nasale perde la sua proprietà battericida E poichè Wright vi rinvenne, allo stato normale, quasi sempre lo stafilococco piogene, è chiaro che questo può allora svilupparsi, e dare origine alle più gravi conseguenze che si possano immaginare.

In quanto alla corizza cronica, Fink fa anzitutto rilevare che le indagini, che si vanno tuttodì facendo, dimostrano con la massima evidenza che essa nei bambini è molto più frequente di ciò che ordinariamente si crede. W. Chappell (New-York) avendo esaminate le vie respiratorie superiori di 2000 bambini che sembravano sani e frequentavano la scuola, rinvenne in circa il 61 %, abnormi condizioni della faringe e del naso. E quale entità abbia la corizza cronica per i bambini, è agevolissimo comprendere. Basta osservarne un paio, per rilevare un quadro caratteristico che non si dimentica più, giac-

chè essi sono quasi tutti sparuti, con sviluppo scadente, respirano con la bocca semichiusa, e sul labbro inferiore scorre quasi continuamente la saliva; le labbra sono leggermente cianotiche ed edematose, il naso è inspessito, le pinne nasali rigide, dure; gli occhi hanno una peculiare espressione rigida, da ebete, e presentano una congiuntivite più o meno marcata; l'alito è fetido; il bambino è tossicoloso, accusa stanchezza, évvi ottundimento dell'olfazione e del gusto, anoressia, interruzione del sonno, aridità nella bocca, vellichio nella gola, sorda cefalea, difficoltà di udizione (agli otologi è oramai ben noto che la massima parte dei bambini che vengono loro addotti per disturbi auricolari sono affetti da corizza cronica).

E sono queste soltanto le conseguenze della corizza cronica? Sventuratamente non finiscono qui « *le meste note ed i dolenti lai* » giacchè, come giustamente riflette Koenig, la corizza cronica trascurata od impropriamente trattata produce col tempo una serie di altri disturbi, i quali in parte si riverberano sugli organi limitrofi, in parte sull'organismo, e che egli perciò classifica in due gruppi: conseguenza dell'ipertrofia della mucosa nasale (donde ostruzione del lume nasale), ed effetti dell'alterazione qualitativa e quantitativa della secrezione. Però, il più delle volte questi due fatti coagiscono contemporaneamente e cospirano concordemente a produrre quei tristi esiti, che sono l'appannaggio dei poveri bambini affetti da corizza cronica.

Le conseguenze della ipertrofia della mucosa nasale, si estrinsecano con alterazioni che si svolgono nell'organismo infantile, perchè a causa della cronica corizza, si respira prevalentemente o quasi esclusivamente per la bocca. Fra queste alterazioni meritano essere rilevate soprattutto le seguenti: il mascellare superiore si sviluppa in modo abnorme: e quindi il palato duro ha una convessità eccessiva e le parti laterali del processo alveolare si ravvicinano in modo, che, in vece di formare un semicerchio, formano una parte di una ellissi. Un'altra conseguenza è lo sviluppo di una cronica rino-faringite e di vegetazioni adenoidi. È noto che la faringite superiore è un sintomo che accompagna quasi infallantemente il cronico catarro nasale, ed è dovuto a propagazione diretta del processo flogistico della mucosa nasale, nonchè al fatto che la persistente iperemia flogistica nel naso determina inevitabilmente una iperemia nel cavo naso-faringeo. Inoltre, è un fatto oramai ben noto, che in quasi tutti i bambini affetti da vegetazioni adenoidi, i genitori od i parenti dichiarano che quelli, già lungo tempo prima che fossero insorti i caratteristici sintomi di quest'affezione, soffrivano di cronica corizza, o ne sono tuttora affetti.

Che l'origine di una non piccola categoria di malattie dell'occhio dei bambini debba essere ricercata nel naso, è un altro fatto oramai ben risaputo, soprattutto per le accurate indagini di Ziem e Nieden. Ziem ha dimostrato che due terzi di tutte le malattie dell'occhio provengono, o sono favorite nel loro sviluppo, da malattie nasali. Il nesso è procurato per *continuitatem*, per *contiguitatem*, lungo i vasi linfatici e sanguigni e lungo i nervi. Specialmente in riguardo ai bambini, Ziem ha fatto rilevare, che la dacriorrea, come pure la flogosi catarrale-purulenta delle vie lagrimali, in moltissimi casi dipendono dalla rinite cronica, perchè nel soffiarsi il naso, penetra il pus in quelle. — Sopra 59 casi di malattie del canale lagrimale, Hasner trovò 51 volta rinopatie. Faravalli e Kruch sopra 35 casi di affezioni del sacco lagrimale

riscontrarono 30 volte coesistenza di quelle nasali. — J. Michel e Seifert sopra 38 casi di dacriocistiblennorrea riscontrarono 37 volte un'affezione del naso — Dalle ricerche di Balut, Ziem, Horner, Ed. Meyer ed altri risulta che la cheratite e la congiuntivite flittenulare sono per lo più dovute a cronica corizza. Secondo Nieden, la rinite atrofica non di rado è causa della congiuntivite, ecc. ecc.

La insufficiente ossidazione del sangue per impedita respirazione nasale, oltre al determinare un colorito livido della faccia e delle mucose visibili, oltre al cagionare frequenti accessi di *pavor nocturnus* nei bambini nevropatici affetti da corizza cronica, può indurre altresì la *enuresi notturna* (dovuta ad intossicazione da acido carbonico, prodotta dalla respirazione superficiale per la via della bocca), qualche volta anche il deficiente sviluppo della cassa toracica, ecc. — Redard, il quale studiò accuratamente i rapporti in cui stavano le deviazioni della colonna vertebrale e le deformità del torace con la stenosi nasale, pervenne al risultato che questa è causa frequentissima della cifosi, della scoliosi e della deformazione del torace. Le scoliosi di origine nasale, secondo Redard, sono, in generale, dorsali, con lunga curva, e si verificano specialmente durante il periodo della crescenza. Inoltre, egli avrebbe altresì accertato, che il trattamento della stenosi nasale migliora rapidissimamente certe forme di scoliosi, cifosi e deformità del torace.

In fine, che anche la psiche possa risentire i più gravi disturbi per effetto della cronica corizza, è ormai ben risaputo, per i classici studi del Guje sul proposito, il quale ha battezzato come *aprosexia nasale* quel peculiare disturbo psichico e mnemonico che deriva dalla cronica insufficienza della respirazione nasale. Avendone già ripetutamente tenuto parola negli *Archivi*, stimiamo inutile ritornare su quest'argomento.

Questi i fatti nella loro nuda e cruda eloquenza. Qualsiasiasi commento sul proposito è superfluo. Basta additarli per provare un sentimento di riconoscente ammirazione verso quelli apostoli della specialità, che si cooperano con tutte le loro forze per fare comprendere al popolo ciò che scaturisce dal vaso di Pandora della corizza acuta e cronica.

(Dal *Sammlung zwangl. Abhandlung. a. d. Gebiet der Nasen—Ohren.— Mund—und Halskrankheiten*, 1895).

MEYER

VARIA

Non si meravigli il lettore se, dopo più di un anno, troverà, in queste colonne, ancora un ricordo dell' XI Congresso Internazionale, o per dir meglio della nostra Sezione.

Ragioni finanziarie non hanno permesso che, negli *Atti*, si stampassero sempre integralmente le fatte comunicazioni, e l' esempio è cominciato dai Presidenti, i discorsi inaugurali dei quali, quando varcavano i confini di un semplice saluto, sono stati addirittura soppressi.

Ma ogni uomo, e specialmente ogni Presidente, ha le sue velleità, ed io non ho saputo rassegnarmi all' idea di veder scomparire, come vaporosa nube, le poche cose che scrissi e lessi, col cuore in mano, come suol dirsi. Vero è che il mio discorsetto ebbe l' onore di essere tradotto in inglese e pubblicato nel «*Journal of Laryngology*—Maggio 1894»; ma io (ho detto che è una velleità) tengo a stamparlo, come lo lessi, in Italiano, perchè è un omaggio a parecchi colleghi defunti, ed è l'affermazione (visto che l'Assemblea l'accolse favorevolmente) della importanza della specialità, che ebbe, da quella indimenticabile riunione di dotti, la sua solenne conferma.

Ecco ora il discorso:

Signori!

Il saluto che vi rivolgo, oggi che siete ospiti nostri, in questa città che fu la Signora del mondo, richiama alla mia mente, irresistibilmente, la data memorabile (il 6 agosto 1890) in cui l' eterna Roma venne proclamata sede di questo XI Congresso.

E quel grido: « *a Roma*, *a Roma* » che era sulla bocca di tutti, non suonava grido di guerra, simbolo di sterminio, desiderio di conquista, ma segnacolo di pace e di civiltà, espressione di gioia e di simpatia verso una giovane nazione, cui, qui, nel suo cuore, voi, rappresentanti della scienza e del progresso, amavate impartire, dopo quello politico, il battesimo della Medicina moderna, continuatrice delle gloriose tradizioni che resero sempre rispettata la scuola italiana!

Ed ora, che dopo quattro anni, questo sogno si è avverato, noi, o Signori, vorremmo trovar parole adatte per esprimervi quanto gradita ci sia la vostra visita, quanto profondo sia il gaudio dell' animo nostro!

E se difficile è per noi ricambiarvi parte delle tante cortesie, che ci avete sempre usate, quando noi fummo gli ospiti vostri, supplisca la intenzione ed il convincimento che da questa riunione, mercè vostra, incalcolabili saranno i benefici che deriveranno alla languente umanità; opera tanto più salutare in questi momenti nei quali l'operosità di scienziati onesti ed indipendenti deve far argine allo spirito demolitore, ed issare la bandiera della pace e della civiltà!

Il mondo intero oggi figge lo sguardo a Roma, che accentra tante vive potenze, così fervidi ingegni, e se la soluzione di quei problemi che, dopo maturo esame, il Comitato ordinatore ha creduto affidare a noti e valenti

Colleghi, potrà essere compiuta, fosse anche in parte, il lavoro, il disagio che avete affrontati, vi saranno, o Colleghi, compensati dalle benedizioni di coloro, che alle loro sofferenze ed ai pericoli ai quali sono esposti, troveranno sollievo e protezione, nel vostro sapere, nella vostra opera salutare.

Con questi intendimenti, inaugurando i lavori della nostra Sezione, io ne prevedo l'importanza ed il successo, e salutando ancora una volta in voi la gloriosa schiera degli instancabili pionieri della Laringologia, risento amaramente il vuoto lasciato da coloro che, mietuti dalla falce inesorabile della morte, giovani o vecchi, maestri o novizi, ci lasciano nelle loro opere, nel lavoro compiuto, nel loro carattere, un indelebile ricordo.

Una lagrima ed un fiore sulla tomba di Jelenffy (1). di Michelson (2), di Sir Morell Mackenzie (3), di Beregszascy (4), di Behnke (5), di Krakauer (6), di Hooper (7), di Charazac (8), di Felici (9), di Schnitzler (10). di Koeller (11), di Joly (12), scomparsi così presto dal mondo e lasciando tutti, di loro, rispettata e cara memoria!

Signori!

Poche specialità hanno raggiunto, in meno che otto lustri, il vertiginoso sviluppo che hanno assunto la Laringologia e la Rinologia.

Questa considerazione, che spontanea sorge alla mente, ci mena ad indagarne le cause ed a me pare che le più culminanti siano due: gli splendidi risultamenti della terapia locale; i grandi legami tra le malattie della gola e del naso e quelle degli altri organi e tessuti. La terapia, che ha creato dei grandi specialisti; la diagnostica, che ha affermato clinici di vaglia. Ond' è, che senza avvedercene, noi abbiamo assistito ad una importante trasformazione, grazie alla quale, laringologi e rinologi, più che alla loro abilità operativa, devono la reputazione che godono al loro provato valore clinico.

Queste branche, nate da un grande albero a cui le scienze biologiche hanno trasfusa nuova vita, sarebbero cadute avvizzite, se avessero dovuto affermare la loro autonomia, non dico già abiurando alla loro origine, ma rifiutando il loro contributo. Rami di un grande e rigoglioso tronco, essi rappresentano pure quei grandi confluenti che, col sussidio delle scienze sperimentali, hanno oramai solennemente provato come la Medicina, sottratta alle pastoie dell' empirismo e della rutina, sia divenuta il naturalismo moderno.

Sicchè starei per dire che la Laringoscopia e la Rinoscopia da *arte* si trasformarono in *scienza*, e coloro che le predilessero, dovettero assumere un doppio compito: quello di padroneggiare la tecnica dell' esame e delle operazioni, quello di non lasciare sfuggire nessun fatto che potesse rischiarare i grandi problemi della clinica generale.

Lo specialista moderno, dunque, non rappresenta più una *frazione*, ma un *intero* ed una *frazione*; cultore speciale d' una branca e clinico irreprensibile.

La divisione del lavoro ha fruttato il progresso odierno, perchè concentrando le forze, ha rivelato fatti nuovi, ha sviluppato concetti nuovi, ha creato una scienza nuova; ma nel fine a cui mira la Medicina, nelle sue applicazioni e nel suo svolgimento, non è possibile supporre che colui il quale si propone la cura di una lesione circoscritta in un dato punto, limitata ad un

dato organo, non vegga e non comprenda che quella. La diagnosi etiologica, che è la più interessante e la più necessaria all'indirizzo curativo, ne resterebbe falsata sì, che tutta la reputazione del medico ne sarebbe compromessa e mancherebbe la guida per poter giudicare quali casi debbono rientrare nel dominio della terapia locale, e quali completamente abbandonarsi. L'abile laringoscopista, che superando mille difficoltà, avesse riconosciuta una ulcerazione, senza precisarne la natura, desterebbe l'ilarità d'un accorto clinico e farebbe il danno dell'ammalato.

D'altro canto, i processi morbosi che colpiscono la laringe sono così numerosi, così freqnenti, e tanto spesso ligati a malattie del cavo naso-faringeo, che non solo è necessità accompagnare scrupolosamente la causa e l'effetto, ma aggiungere l'esame degli organi vicini ed annessi, il quale fatto ha allargato trapotentemente i confini di questa branca speciale. Ed è onta alla scienza il ripetere, *premeditatamente*, più che per difetto di cognizioni, che si tratti d'una branca assai limitata, poco estesa nella pratica, mentre i popolosi Ambulatorii e le pregevoli opere didattiche sono a provare precisamente il contrario. Nè senza ragione io dissi *premeditatamente*, giacchè non è possibile supporre uno scienziato imparziale, il quale non comprenda quali e quanti siano i legami che uniscono la Laringologia alla Clinica generale. Se per poco pensiamo alla grande frequenza del crup, della difterite, delle malattie acute infettive, esantematiche, che così volentieri attaccano la gola, dello spasmo glottico, dei tanti e svariati accidenti provocati da corpi estranei nella tenera età, risalta, a prima giunta, che senza male intenzioni, la Laringologia invade buona parte del territorio della Pediatria. Se pensiamo a la spaventevole frequenza della sifilide e della tubercolosi laringea, intuiremo di primo acchito quale rilevante contingente venga sottratto a due processi morbosi, che si contendono la sifilografia e la medicina interna, e basterà rievocare la struttura dell'organo e più la sua innervazione centrale e periferica, ma soprattutto la periferica, per comprendere che lesioni del collo, del torace e degli organi in esso contenuti, in mille rincontri e per mille occasioni facciano divampare fenomeni laringei talora prevalenti, se non unici addirittura; come basta rammentare la vicinanza dell'orbita alle cavità nasali per prevedere quante spesso da malattie dei seni soprattutto si ripetano talune forme di esoftalmo.

Sicchè appunto per tutto questo, lo specialista non può limitare il suo compito e le sue aspirazioni, costretto, ad ogni piè sospinto a sorprendere e vagliare convenientemente un fenomeno, che può essere la chiave d'una intrigata serie di fatti patologici.

Similmente per colui che s'inizia negli studi clinici: se la Medicina ha smisuratamente allargato il campo delle sue indagini, non è a credere che lo studio particolareggiato dei processi morbosi che colpiscono un dato organo, soggiogato dall'endoscopia, rappresenti una scienza diversa da quella nella quale si è istradato il giovane studente; un fardello di più aggiunto al grave peso che le difficoltà della scienza prediletta gl'impongono! L'esame degli organi, fatto con l'aiuto dei mezzi che sono in potere nostro, oltrechè facilitare la diagnosi anatomica, che diventa un dato di fatto, rappresenta il più sicuro indirizzo per formulare con maggiore esattezza la diagnosi etiologica. E così, ascoltando dalla bocca del maestro il significato, il valore, i rapporti di quella data lesione, nozioni conquistate con l'assiduo e fecondo lavoro,

col grande numero delle osservazioni fatte, egli non vaga più nell' indeterminato, e dalle probabilità passa alla certezza, dalle ipotesi alle leggi.

Vero è che ancora molto cammino rimane a fare, ma quello percorso con rapidità vertiginosa, in sì breve tempo, con la scorta di uomini preclari, non solo ha affermato l'importanza della Laringologia e della Rinologia nella pratica, ma ne ha fatto sentire imprescindibile il bisogno fra gli studii fondamentali.

La estesa falange degli specialisti, il buon numero di liberi docenti, le cattedre ufficiali, i numerosi ambulatorii, la sterminata serie delle pubblicazioni, i molti giornali speciali, attestano meglio di ogni mia parola, questa solenne verità, di fronte alla quale il nostro cuore non può che esultare, ed il numeroso concorso, da ogni parte del mondo, di tanti valorosi Colleghi, in questa Sezione dell' XI Congresso, come nei precedenti, pone il suggello all' importanza di questi studii ed alla loro necessaria diffusione.

Con tali intendimenti e con siffatte convinzioni, il Comitato ordinatore della vostra Sezione, occupato a prescegliere gli argomenti che più potevano appassionarvi, ha fermata la sua attenzione su quelli che rappresentano, pei sofferenti, una grande aspettativa: voglio alludere alla *cura della tubercolosi laringea*, di questo alto problema umanitario, la cui soluzione sarà la più grande vittoria; alla *cura delle deviazioni del setto nasale*, causa di forme morbose strane e molteplici su cui si aguzzarono le armi e l' ingegno di tanti dotti: all' *intubazione della laringe*, questa grande risorsa terapeutica, chiamata a ridurre sempre più le indicazioni della tracheotomia. Ed ha creduto che, rievocando gli studii sull' *innervazione motrice della laringe* nella sua porzione centrale e periferica, un grande contributo si potesse apportare alle gravi questioni che tuttora si dibattono e che interessano a parità, lo specialista come il clinico generico.

Nè altrimenti sarà, di quello che apprenderemo intorno alla *pachidermia della laringe*, la quale nelle sue espressioni cliniche e nei compensi terapeutici che reclama, ha vestito novelle forme e si può dire veramente un argomento palpitante di attualità.

Affidando ad uomini autorevoli, a maestri nella specialità, lo studio di così gravi argomenti, il Comitato ordinatore si lusinga di aver bene interpretato il comune sentimento, e nella ferma convinzione che da questa solenne festa la Scienza acquisterà vanto e l' umanità sarà sollevata, inaugura, con lieto animo, il lavoro della Sezione, ripetendovi a nome di Roma che vi ospita, e del mondo che vi guarda, il vale fraterno!

---

(1) Zoltan Jelenffy, di Budapest, di anni 43, morto il 23 agosto 1890.
(2) Paul Oscar Michelson, di Koenigsberg, di a. 45, morto il 21 dic. 1891.
(3) Sir Morell Mackenzie, di Leytonstone (Londra), di anni 55, morto il 4 febbraio 1892.
(4) Julius von Beregszascy (assistente di Schnitzler), di anni 46, morto il 10 agosto 1892.
(5) Emil Behnke, di Stettino, di anni 56, morto ad Ostenda il 17 sett. 1892.
(6) Alfred Krakauer, di Berlino, morto il 19 ottobre 1892.
(7) Franklin Henry Hooper, di Boston, di anni 42, morto il 20 nov. 1892.
(8) J. Charazac, di Parigi, di anni 34, morto in gennaio 1893.
(9) Francesco Felici, di Roma, di anni 33, morto il 29 aprile 1893.
(10) Johann Schnitzler, di Vienna, di anni 58, morto il 3 maggio 1893.
(11) Koeller, stabilito a Nancy, di anni 26.
(12) Antoin Joly, di Lione, di anni 49, morto in maggio 1893.

***

Il Prof. Giuseppe Gradenigo, in Torino, fin da due anni in qua, è venuto svolgendo, con una serie di articoli pubblicati nei varii fascicoli dell'*Archivio Italiano di Otologia* ecc., da lui diretto, l'importante argomento « *Sulle manifestazioni auricolari dell' isterismo* »: articoli che ha ora riuniti e pubblicati in un volume di pagine 265 per i tipi dell' Unione tipografico-editrice di Torino.

Crediamo prezzo dell'opera di farne breve recensione con criterio essenzialmente obbiettivo, riferendo in ispecial modo le larghe e ragionate conclusioni, alle quali egli è pervenuto: recensione che ci decidiamo a redigere ed a mettere nelle *Varia*, unicamente perchè i nostri *Archivii* non si occupano di malattie di orecchio, mentre poi la natura e l'importanza dell'argomento, con i risultati relativi ottenuti dal Gradenigo, interessano indistintamente e specialisti in generale e medici generici.

Il Prof. G. Gradenigo, in base specialmente ad osservazioni personali ed ispirandosi e conformandosi alle cognizioni che già si sono acquisite intorno ai fenomeni generali ed oculari dell'isteria, ha proceduto ad una larga ed accurata investigazione dei varii fenomeni nevrotici ed isterici dell'orecchio, ricavandone innanzi tutto il corollario che « l' organo dell' udito è sede di fenomeni riferibili alla nevrosi isterica più di frequente di quello che non appaia dallo esame della letteratura esistente in proposito », ed ha poi riunite, guidato dalle stesse cognizioni, le varie manifestazioni auricolari dell' isterismo, descrivendone la relativa nosografia e diagnosi differenziale con i corrispondenti sintomi dovuti a lesioni organiche dell' orecchio, anche quando queste siano associate a manifestazioni isteriche. Di guisa che si può dire, che la conoscenza dei fenomeni isterici auricolari, che oggi abbiamo per opera del Gradenigo, non è inferiore a quella che già possediamo sui sintomi generali e sui sintomi oculari dell' isterismo. In proposito nota l'A., che se i fenomeni auricolari dell' isterismo finora non furono soggetti ad una tale investigazione, malgrado che si appartengano a due specialità, la Otologia e la Neuropatologia, e malgrado che la scoperta di uno dei caratteri più salienti della nevrosi, cioè del *transfert*, fosse fatta da un otojatra, il Gellé, la ragione è: 1° che di recente è stato sanzionato da una serie di fatti clinici il concetto della frequente associazione del cosidetto *isterismo periferico* con lesioni organiche delle più varie, mentre prima ogniqualvolta si avevano sintomi di malattia periferica, ad es., dell' orecchio medio, si era tentati ad attribuire a questa tutti i disturbi funzionali esistenti; e 2° che di recente si sono stabilite più esatte cognizioni circa lo esame della funzione uditiva per poter fare una distinzione precisa tra i disturbi uditivi dovuti alle lesioni organiche dell'orecchio e quelli provenienti dalla coesistenza dell'elemento nevrotico. Certamente all' Autore, che ha contribuito al perfezionamento dei mezzi di esame dell'orecchio, doveva riuscire assai più agevole questo studio.

Ecco come è stata ordita la tela del lavoro.

Dopo una breve, ma compendiosa *Introduzione*, nella quale, lo ripetiamo, si propone di dimostrare che le manifestazioni auricolari dell' isterismo sono relativamente frequenti e che la esatta conoscenza di esse pone in grado l'otojatra, non solo di precisare la prognosi e la terapia di un buon numero di sordità, ma altresì di fornire coi risultati dell' esame dell' orecchio al nevro-

patologo un nuovo elemento di diagnosi, dà il seguente *Ordinamento* alla materia: accenna da prima a quanto si contiene nella letteratura medica generale ed in quella speciale in proposito, ricavandone il corollario anzidetto; indi passa in rivista le principali manifestazioni della nevrosi, aggruppandole nelle seguenti categorie:

I. Modificazioni nella *Sensibilità specifica acustica* (*Anestesia*, *ipoestesia*, *iperestesia acustica*).

II. Modificazioni nella *Sensibilità cutanea* in corrispondenza del padiglione, del condotto uditivo esterno, della membrana del timpano (*Anestesia*, *ipoestesia*, *iperestesia tattile*, *dolorifica*, *termica* ecc.).

III. Le *Otalgie* di carattere isterico.

IV. Le *Zone isterogene* dell'organo dell'udito.

V. I *Disturbi vasomotorii* e le *emorragie dall'orecchio*.

A schiarimento di queste categorie aggiunge, che « ognuna di esse può « incontrarsi isolata; spesso però esistono contemporaneamente in uno stesso « paziente o in uno stesso orecchio sintomi appartenenti a due o più cate- « gorie, senza che tra essi intercedano rapporti costanti. Nella maggioranza « di questi casi il paziente offre altri caratteri dell'isterismo, egli cioè o è « soggetto ad accessi più o meno tipici, o presenta le note somatiche che « vengono designate come *stigmate* dell'isterismo: si dànno però casi nei « quali, in confronto ai disturbi auricolari, le stigmate possono mancare od « essere appena accennate: ed in taluni di questi la diagnosi può quindi « restare dubbia.

In quanto poi alla manifestazione clinica, che a noi piace dire più importante e caratteristica, la sordità, egli distingue: una ipoestesia o anestesia acustica che fa parte della *emianestesia sensitivo-sensoriale* e che viene osservata di preferenza dai nevropatologi, ed una forma di ipo-od anestesia acustica uni-o bilaterale non ligata ad emianestesia, che fa parte degli isterismi periferici, quale sintomo isolato della nevrosi e che s'incontra per lo più negli individui predisposti da lesioni periferiche dell'organo uditivo: e sono gli otojatri che hanno più occasione di osservare questa forma. Per il resto l'anestesia acustica offre i caratteri funzionali di un'affezione dell'apparecchio di percezione dei suoni con alcune particolarità (che diremo in seguito), che permettono di distinguerla da altre forme di sordità; non si accompagna di solito al sintoma *vertigini*, a differenza delle lesioni organiche del labirinto o del nervo acustico; si sviluppa di solito in periodi determinati della vita sessuale delle donne (pubertà, gravidanza, puerperio, menopausa, ecc.) e negl'individui di sesso maschile predisposti per le note cause occasionali agli altri disturbi isterici (patemi di animo, influenze psichiche, spesso dietro un traumatismo, talora insignificante, o in seguito ad intossicazioni); è talvolta resistente come la sordità legata a lesioni organiche dell'orecchio, tal'altra mostra rapide ed estese modificazioni nell'acuità uditiva.

Per il fin qua detto già lasciamo intravedere al lettore i molteplici capitoli che l'A. svolge per completare il suo studio, fra i quali i seguenti importantissimi, quantunque non strettamente ligati alla specialità: carattere psichico della anestesia isterica; anestesia delle varie mucose ecc.; anestesia nell'istero-traumatismo; associazione di disturbi isterici con lesioni organiche rispettivamente di altri organi, come dell'occhio, della laringe e del sistema ner-

voso in genere. Inoltre egli dà il più largo sviluppo alla letteratura italiana e straniera, e ad ogni più piccolo proposito ricorda i casi da altri osservati, facendo talvolta veri sforzi d'intuito per interpretarli con quei criteri che le conoscenze moderne sui caratteri generali della nevrosi hanno messo a nostra disposizione come elementi di diagnosi. Molti casi d'ipoacusia isterica, di osservazione antica, infatti, vanno sotto la rubrica di *Sordità nervosa*, mentre le altre manifestazioni del genere non sono riconosciute tali, o solo qualche volta indicate genericamente come disturbi nevrosici; ed anche nelle opere più recenti sull'isterismo, i sintomi da parte dell'organo dell'udito sono appena accennati, e dal maggior numero degli autori si parla solo dell'esame funzionale con l'orologio. Soltanto in alcuni trattati di Otologia si contiene un corto capitolo sulla sordità isterica.

Ma a noi preme di non dilungarci molto, ed eccoci perciò alle Conclusioni, alle quali egli giunge, relativamente ad ognuna delle sopraindicate *categorie*.

I. La anestesia, rispettivamente l'ipoestesia acustica può incontrarsi quale fenomeno parziale dell'emianestesia generale (ciò l'A. illustra con le Osservazioni personali I, II, III, IV, V), o quale manifestazione isolata della nevrosi, nel quale ultimo caso è per lo più in rapporto con alterazioni anatomiche dell'organo dell'udito ed offre le seguenti gradazioni: a) sordità grave o completa: 1° da lesioni organiche dell'orecchio (Osservazioni VI, VII), 2° da trauma (Osservazioni VIII, IX), 3° da intossicazione, tifo ecc.; b) sordità completa associata a mutismo; c) diminuzione più o meno notevole dell'acuità uditiva (Osservazioni X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII e XVIII) — I caratteri funzionali in ambo i casi sono gli stessi, cioè a dire: *Diminuzione del potere di percezione dei suoni distribuita uniformemente lungo la scala musicale*, per depressione dell'eccitabilità funzionale acustica, fino all'abolizione; *Esperimento di Weber* offre due modalità: quando l'anestesia è di alto grado e di carattere periferico, il D. V. viene prevalentemente percepito dal lato sano o meno leso, come nelle affezioni organiche; quando è di grado minore e con prevalente carattere psichico, il D. V. può, o non, essere lateralizzato all'orecchio peggiore, se quivi esiste, oltre all'ipoestesia isterica, come è frequente il caso anche una lesione dell'apparecchio di trasmissione; *Esperimento di Rinne*: per lo più quando l'ipoestesia è di grado moderato e non è accompagnato da lesioni dei trasmissori il R. riesce positivo (con toni da 64 a 300 V. S.), quando invece la sordità è grave, il R. può essere negativo in varie maniere, anche esclusa un'affezione dei trasmissori; *Esperimento di Schwabach*: la durata di percezione del D. V. è accorciata in grado maggiore o minore in confronto alla normale; *Rapporto della distanza uditiva per le varie fonti sonore*: la distanza dell'orologio a battito forte è persino del doppio di quella per la voce afona, rapporto inverso a quello che si riscontra nelle malattie organiche del labirinto, che pure hanno molti caratteri funzionali comuni con l'anestesia acustica isterica; *Variabilità dell'acuità uditiva* dentro limiti talora assai estesi, sia spontanea, che con i mezzi suggestivi: è uno dei caratteri più importanti della diminuzione uditiva nell'isterismo; *Eccitabilità elettrica del nervo acustico*: è anche variabile, spesso però la ipoeccitabilità coincide coll'ipoestesia acustica, mentre si sa che nelle lesioni organiche *acutamente* svolgendosi nel labirinto si ha ipereccitabilità; *Rumori*

subiettivi: non fanno strettamente parte del quadro sintomatico dell' ipoestesia isterica, possono però precedere, accompagnare o seguire le modificazioni brusche dell' acuità uditiva o essere ligati ad un' affezione organica complicante la nevrosi; *Vertigini*: è da ripetersi lo stesso che per i rumori, per quanto la vertigine sia sintomo frequente degli accessi isterici in generale e dei disturbi nevrosici dell' organo dell' udito: quando manca nella sordità isterica che si stabilisce rapidamente, può essere importante carattere differenziale con le affezioni acute organiche del labirinto; *Carattere psichico dell'anestesia*: si tratta di una diminuzione della coscienza, di un fenomeno molto simile alla distrazione, però in proposito si possono distinguere due categorie di malati: 1° malati in cui si può dimostrare che àvvi una percezione subcosciente, e 2° malati nei quali non può essere dimostrata alcuna percezione; *Inizio*: è ora lento, ora brusco comparendo dietro un violento moto dell'animo o un accesso d' isterismo, nel qual caso per lo più si tratta d'anestesia acustica essenziale non ligata ad affezione organica dell'orecchio; *Durata*: è ugualmente variabile; *Prognosi*: è da considerarsi generalmente benigna.

II. I rapporti tra il contegno della sensibilità acustica e quella tattile possono essere assai varii e l' A. ne fa cinque varietà, stabilendo che il caso più frequente è la *diminuzione correlativa* della sensibilità acustica e della tattile; però quanto più l' anestesia nell' isterismo è grave, in tanto maggior misura essa presenta caratteri periferici e ne soffrono le varie specie di sensibilità; quando invece è leggiera, offre di solito soltanto carattere psichico ed allora si ha dissociazione della sensibilità specifica dalla tattile. La sensibilità della congiuntiva oculare e della faringe è spesso diminuita o abolita nell' isterismo. Le parti delle mucose più vicine alla pelle si comportano come quest'ultima riguardo a sensibilità tattile.

III. L' *Otalgia* è sintomo frequente a trovarsi negl' individui con caratteri isteroidi, ma negli isterici assume gravità particolare; può essere ligata: I. a carie dentaria (illustrata dall'Osservazione XX); II. ad affezioni infiammatorie, acute e croniche, anche di lieve entità, della faringe, della laringe o del naso (Osservazioni XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI); III. ad affezioni organiche dell' orecchio stesso, non tali però da giustificare da sole il quadro clinico del dolore auricolare cioè: a) ad otite media catarrale cronica (Osservazione XXVII e XXVIII), b) ad otite media purulenta subacuta o cronica (Osservazioni XXIX e XXX), c) a furuncolosi del condotto uditivo esterno (Osservazioni XXXI) (1).

---

(1) A questo proposito l'A. cita la mia nota: *L'Otite esterna nei nevropatici* (Boll. delle Mal. dell'orecchio ecc. 1891, n. 10), aggiungendo «Io non credo che nei casi dal Trifiletti descritti si trattasse d'una speciale varietà di furuncolosi con note anatomo-patologiche differenti da quelle della furuncolosi vera, come Trifiletti vorrebbe stabilire, si trattava verosimilmente della forma morbosa ordinaria, la quale nelle persone nevropatiche ci accompagna a fenomeni di reazione fuori rapporto colla entità delle lesioni organiche». Ma è proprio questo il *concetto sommario* che volli esprimere in quella nota, salvo che, scendendo nei particolari delle note cliniche, espressi il parere che in questi casi l'infiammazione del condotto non assolve tutte le ordinarie fasi ma si ferma alle prime, alla «paralisi vasomotoria» e all' «infiltrazione piuttosto sierosa che purulenta o plastica», contrariamente all'esagerata sensazione subiettiva del dolore.

Il Referente.

IV. Molteplici fenomeni riflessi, di natura motrice, possono prendere punto di partenza dall' orecchio e precisamente: a) dalle pareti del condotto uditivo e dalla membrana timpanica (per stimoli meccanici, accumuli di cerume e corpi estranei); b) dall' orecchio medio e dalla tromba d' Eustachio (per otite media catarrale acuta o purulenta con polipi), dando luogo nei due casi a: tosse, asma, vertigini e nausee, ed a veri accessi isterici (fenomeni illustrati da sei osservazioni personali, cioè dalla XXXII alla XXXVII); c) dall' apparecchio di percezione dei suoni, dando luogo a reazioni generali assai intense.

V. L' *emorragie dall'orecchio*, strettamente ligate alla nevrosi, sono periodiche e possono provenire, come causa occasionale, da vasi sviluppati in tessuti patologici (granulazioni e polipi della cassa), ovvero attraverso la M. T. integra, ed essere sia isolate, sia facienti parte di fatti emorragici nevrosici di altre mucose e della cute. Le emorragie isolate dall' orecchio per lo più sono ligate ad alterazioni anatomiche dell'organo dell' udito. Havvi di solito rapporto, quantunque non stretto, fra l'otorragia e le mestruazioni: nei casi finora osservati il sangue usciva dai condotti escretori delle glandole cerumi-nose, specie da quelle della parete posteriore superiore del condotto.

Riguardo alla *terapia* l'A. dice, che le manifestazioni auricolari isteriche in genere richiedono e il trattamento generale della nevrosi e la cura locale delle lesioni dell' orecchio, della faringe o del naso eventualmente esistenti semprechè vi è *stretta* indicazione; le applicazioni elettriche sull' orecchio, sopratutto galvaniche e la metalloterapia (all'A. è riuscita l' applicazione di monete di oro sulla faccia) sono validi sussidii terapeutici.

La *simulazione*, che è uno dei caratteri proprii della nevrosi, può riuscire assai difficile lo scoprirla; però l'A. riconosce che le minute prove funzionali acustiche, hanno in questo caso, minor valore che il constatare l' esistenza di altre stimmate dell' isterismo.

Trifiletti

SECONDO CONGRESSO

Della Società Italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia
Firenze, 24-26 Settembre 1895

Sede permanente: R. Università degli studi in Roma (1)

Consiglio direttivo — Presidente: Grazzi prof. Vittorio, dell' Università di Pisa (Firenze); Vice-Presidente: Massei prof. Ferdinando (Napoli); Consiglieri: Labus prof. Carlo (Milano), Gradenigo prof. Giuseppe (Torino); Segretario della Società: Fasano prof. Adolfo (Napoli); Segretario del Consiglio Direttivo: Corradi dott. Corrado (Verona); Tesoriere: Egidi dott. Francesco (Via di Pietra, 70, Roma).

Soci onorari — Delstanche dott. C. (Bruxelles), Fraenkel prof. B. (Berlino), Politzer prof. A. (Vienna).

Soci ordinari — Abate dott. Carmelo (Catania), D'Aguanno prof. Antonino

(1) Nell' aprile 1894 fu deliberato dal Consiglio direttivo che il *Secondo Congresso della Società*, avvenisse in Firenze, anzichè in Roma, facendo coincidere questa riunione col *Quinto Congresso Internazionale di Otologia.*

(Palermo), Bobone dott. Tommaso (San Remo), Brunetti dott. G. B. Faustino (Venezia), Campi dott. Numa (Livorno), Cardone dott. F. (Foggia), Corradi dott. Corrado (Verona), Damieno dott. Antonio (Napoli), Dionisio prof. Ignazio (Torino), Egidi dott. Francesco (Roma), Fasano prof. Adolfo (Napoli), ✠ Felici dott. Francesco (Roma), Ficano prof. Giuseppe (Palermo), Folco dott. Agostino (Oneglia), Garzia dott. Vincenzo (Napoli), Gentile prof. Giuseppe (Napoli), Gradenigo prof. Giuseppe (Torino), Grazzi prof. Vittorio (Firenze), Isaia dott. Giuseppe (Napoli), Labus prof. Carlo (Milano), ✠ Longhi prof. Giovanni (Milano), Marano dott. Salvatore (Salerno), Masini prof. Giulio (Genova), ✠ Masini prof. Origene (Certaldo, Firenze), Massei prof. Ferdinando (Napoli), Masucci prof. Pietro (Napoli), Morra prof. Vincenzo (Napoli), Nuvoli dott. Giuseppe (Roma), Nicolai dott. Vittorio (Milano), Poli dott. G. (Genova), Roncalli Nob. dott. Francesco (Bergamo), Secchi dott. Carlo (Bologna), Strazza dott. Giuseppe (Genova), Trifiletti dott. Alessandro (Napoli).

Soci straordinari — Ajello dott. Luigi (Napoli), Biaggi dott. C. (Milano), Koch dott. Virginio (Roma).

Socio corrispondente straniero — Morpurgo dott. E. (Trieste).

I temi stabiliti per la discussione generale sono i seguenti: (1)

1. *Stenosi laringee e loro cura;* relatore: dott. Francesco Egidi (Roma).
2. *Sulle localizzazioni della percezione uditiva e del metodo di esame funzionale acustico;* Relatori: dott. Corrado Corradi (Verona), prof. Giuseppe Gradenigo (Torino), prof. Giulio Masini (Genova).

Nel primo Congresso della Società, tenuto in Roma nell'ottobre 1892, in occasione della discussione che seguì al tema intitolato: « Importanza diagnostica della percezione dei suoni per la via craniense ed aerea nelle malattie auriculari, » di cui era relatore il dott. Corradi, fu deliberato (V. *Atti del primo Congresso della Società Italiana di Laringologia ecc.*, pag. 181) di ritornare sopra questo importante soggetto affidando ai tre ricordati colleghi l'ufficio di relatori.

Essi tratteranno questo tema nel modo seguente: Corradi riferirà « Sopra alcuni esperimenti fatti sulla localizzazione della percezione uditiva »; Gradenigo parlerà « Del metodo di esame funzionale e del modo di rappresentare graficamente i risultati delle ricerche » e Masini si occuperà dell'argomento medesimo trattando « le generalità ».

3. *Metodi cruenti ed incruenti della cura delle stenosi nasali*; relatori: prof. Ignazio Dionisio (Torino) e dott. Vittorio Nicolai (Milano).

---

(1) Art. X del Regolamento.— Le adunanze ordinarie delle Sessioni della Società sono pubbliche, ma hanno diritto alla parola, seconda le regole parlamentari, sosamente coloro che appartengono all'Associazione. È ammessa peró la lettura di lavori inediti presentati anche dai non soci, ed in caso di discussione sui medesimi, questi, o chi li rappresenta, possono avere la parola sopra l'argomento che li riguarda.

Le adunanze saranno private quando sono all'ordine del giorno affari riguardanti l'andamento della Società, le elezioni od altre questioni personali.

Comunicazioni annunziate:

4. Bobone dott. T. (San Remo). — Angina di Ludwig blenorragica.
5. D'Aguanno prof. A. (Palermo). — Sordità ereditaria d'origine gottosa.
6. Damieno dott. A. (Napoli). — La sieroterapia nella difterite e nel cancro.
7. Della Vedova dott. T. (Milano). (Non socio). — Sifilide tonsillare: considerazioni cliniche.
8. Dionisio prof. I. (Torino). — Contributo alle applicazioni della antisepsi nella rino-laringologia.
9. Fasano prof. A. (Napoli). — Alcuni rari casi di disturbi faringo-laringei in rapporto alla sfera sessuale.
10. Ficano dott. G. (Palermo). — 1° Sulla follicolite ulcerativa sifilitica terziaria della faringe.
    2° Sulla asportazione delle tonsille col serranodo modificato dall'Autore.
11. Garzia dott. V. — Un caso raro di adenoma naso-faringeo.
12. Grazzi prof. V. — Sull'uso della doccia nasale del Weber; suoi pericoli per gli organi uditivi e modi di evitarli.
13. Guida dott. T. (Napoli). (Non socio). — Sulla frequenza di una forma di faringo-tonsillite acuta nei bambini lattanti, equivocata spesso con la *dentitio difficilis*.
14. Massei prof. F. (Napoli). — Diagnosi e cura della tubercolosi laringea.
15. Masucci prof. P. — 1° Contributo alla cura chirurgica della tubercolosi laringea.
    2° Sui riflessi dei disturbi del naso e delle sue cavità accessorie.
16. Nicolai dott. V. (Milano). — 1° Contributo alla terapia delle stenosi laringee croniche.
    2. Sulla sieroterapia nella difterite: statistiche e conclusioni cliniche.
17. Nuvoli dott. G. (Roma). — Sulla opportunità per i laringologi di stabilire le norme generali di fisiologia sulle quali devesi fondare l'insegnamento *scientifico* dell'arte del canto, fino ad oggi empirico e il più delle volte errato. Proposte relative.
18. Strazza dott. G. (Genova). — 1° Sul sarcoma del naso.
    2° A proposito di un caso di papilloma della parete posteriore della faringe.

PROGRAMMA

Domenica 22 Settembre 1895, alle ore 21. — Ritrovo amichevole in casa del Presidente della Società, 8, Borgo dei Greci.

Lunedì 23, alle ore 10. — Inaugurazione del *Quinto Congresso Internazionale di Otologia* nell'*Aula Magna* del R. Istituto di studi superiori; 2, Piazza S. Marco.

Dalle ore 14 alle 16. — Seduta del Congresso c. s.

Alle ore 21. — Concerto *in onore* dei signori Congressisti al Circolo Artistico in Via dei Pucci, Palazzo Pucci.

Martedì 24, alle ore 9. — Inaugurazione del *Secondo Congresso della Società Italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia*, in una sala del R. Istituto di Studi Superiori; 2, Piazza S. Marco.

L'*Ordine del giorno* della seduta sarà affisso fino dal giorno precedente nei locali del R. Istituto.

Dalle ore 14 alle 16. — Seduta scientifica nel R. Istituto di studi super.

Mercoledì 25, dalle ore 8,34 alle 11. — *Seduta privata* nel R. Istituto di Studii Superiori.

Nomina di nuovi soci;

Relazione del Presidente sull'andamento della Società;

Resoconto del Tesoriere;

Rinnovazione del Consiglio Direttivo a norma dello Statuto.

Dalle ore 14 alle 16.— Seduta scientifica nel R. Istituto di Studi Superiori.

Alle ore 16,30.— *Raout* offerto ai signori Congressisti dall'Amministrazione Comunale di Firenze e visita di *Palazzo Vecchio.*

Giovedì 26, dalle ore 8,30 alle 11. — Seduta scientifica nel R. Istituto di Studi Superiori.

Dalle ore 13,30 alle 15,30. Seduta di chiusura del Congresso.

Alle ore 16.— Escursione a Fiesole in tram elettrico speciale offerto ai signori Congressisti dall'Amministrazione Comunale di Firenze; visita dell'antica città etrusca.

Alle ore 19,30. — Banchetto offerto ai Congressisti stranieri dagli Otologisti e Laringologisti italiani, Medici e Cittadini di Firenze.

I soci che desiderano accaparrarsi l'albergo possono scrivere otto giorni prima al Presidente dell'Associazione, signor prof. V. Grazzi, N. 8 Borgo dei Greci, Firenze.— Per facilitare ai signori Congressisti la scelta dell'alloggio il Presidente ha combinato i prezzi con i seguenti Alberghi:

	LUNGARNO		CENTRO DELLA CITTÀ		
	Hôtel de la Ville	Hôtels Grande Bretagne e Arno	Hôtel Helvetia	Grand Hôtel Cavour	Albergo Centrale
Camera servizio e lume	4.50	4.50	3.—	3.50	2.50
Caffè	—.50	—.50	—.40	—.40	—.30
Colazione	(*) 3.50	4.—	2.50	3.—	2.50
Pranzo	(*) 4.50	5.—	4.—	4.—	3.75

(*) Nei prezzi dell'Hôtel de la Ville non è compreso il vino, mentre in quelli degli altri Hôtels *il vino è compreso* nel prezzo.

NECROLOGIA

Dopo una lotta lunga e terribile contro un terribile morbo, durata con fede e costanza, chiudeva gli occhi alla luce il Prof. Origine Masini, in Certaldo, sua patria, addì 21 Luglio p. p.

Lo conobbi a Modena (Congresso del 1882) e fu scambievole una corrente irresistibile di stima e simpatia: mi era sempre al fianco, largo sempre di cortesie e di una devozione che io non sapevo come avessi potuto ispirargli! La sua scomparsa dal mondo mi ha rimasto un vuoto che il tempo non arriverà a colmare; e scrivo di lui, che sapevo malato, ma vivo, con le lagrime agli occhi, perchè nulla turbò la serenità di una amicizia che era nata prima anche che ci conoscessimo!

Egli era osservatore diligente ed onesto: due buone qualità che accoppiate a non comune coltura ispiravano ai suoi scritti sobrietà, serietà ed esattezza. Sono documenti che eredita la Laringologia Italiana, alla quale resta legato il suo caro nome. Si stabilì in Genova, ove presto seppe acquistarsi bella fama e vasta clientela!

Quasi ad aiutarlo nel lavoro, con ingegno pronto e versatile, suo fratello Prof. Giulio venne ad unirglisi, continuatore delle virtù di lui, forte di volontà e di lena! E torni gradito al suo cuore, questo breve, amichevole ricordo: a lui che, con i diritti aquistati dall'opera gagliarda dell'ingegno, può aggiungere, alla sua laboriosa vita, come pagina d'onore, quell'altro prezioso ricordo del fratello estinto, sulla tomba del quale c'inchiniamo piangenti!

MASSEI

INDICE

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

INDICE ALFABETICO DEGLI AUTORI DEI LAVORI ORIGINALI

Anno XV. Gennaio 1895 Fasc. I.

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. FERDINANDO MASSEI

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Dott. ALESSANDRO TRIFILETTI

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia.

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8° ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al prof. **MASSEI**, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. **MASSEI**.

NAPOLI
STABILIMENTO TIPOGRAFICO MERIDIONALE
Via Nuova Pizzofalcone, 34.
1895

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. **F. MASSEI**, *in* NAPOLI, *Piazza Municipio, 4.*

Conto corrente con la Posta

SOMMARIO

LA SIEROTERAPIA NELLA DIFTERITE

PRELEZIONE

del Prof. **FERDINANDO MASSEI**

fatta il 6 Dicembre 1894

E RACCOLTA STENOGRAFICAMENTE DAL

Prof. ENRICO BOTTAZZI

Vendibile al prezzo di L. 0,50

A BENEFICIO DELL' ISTITUTO DI SIEROTERAPIA

presso l' editore **LUIGI PIERRO**

79, Piazza Dante

NAPOLI

Altri bagni minerali

Oltre ai sali indicati, ho preparato pure quelli per i bagni **salso-iodici, arsenicali, mercuriali,** e poi i sali per l'acqua di **mare artificiale, per quelli alcalini di Casamicciola, Ischia, Bagnoli, Pozzuoli, Castellammare di Stabia, compresi anche quelli delle Confluente.**

Modo di spedire i bagni

Il miglior modo di spedizione sono i pacchi postali da cinque o tre chilogrammi. I pacchi da tre chilogrammi contengono 10 bagni di qualunque specie, *meno i solforosi* che ne contengono 6. I pacchi da 5 chilogrammi contengono 15 bagni di qualsiasi specie, *meno i solforosi* che ne contengono 10, cioè 20 boccette. I pacchi ferroviari contengono 30 bagni di qualsiasi specie, e di quelli solforosi 23.

Condizioni di vendita.

1. Ogni pacco da 5 chilogrammi di qualunque bagno (meno i solforosi) compreso cassetta ed affrancatura di porto, costa L. 13.00

2. Pei *bagni solforosi* ogni pacco da 10 compreso cassetta ed affrancatura di porto costa L. 9.25. Da tre chilogrammi qualunque pacco da 10 bagni compreso tutto, L. 8,60. — I solforosi di sei bagni compreso tutto, L. 5,60. — I pacchi ferroviari da 30 bagni L. 25,00, compreso tutto. — I solforosi da 23 bagni L. 20 tutto compreso.

3. Qualunque bagno acquistato in farmacia, costa L. 0,75 ognuno.

4. Si accordano 10 centesimi a bagno di sconto a chi ne fa in una sola volta la richiesta di 50 e di una sola specie.

5. Non si accettano commissioni che non siano accompagnate dal loro relativo importo, come gli assegni ferroviarii debbono essere anticipati per metà e non si risponde alle lettere non munite di risposte affrancate.

6. Nella richiesta, quando non vi fossero Ufficii Postali autorizzati a ricevere pacchi, io eseguo sempre la spedizione all'Ufficio più vicino indicatomi dal medesimo committente.

7. Quando la richiesta sorpassa il numero di trenta bagni, nei paesi lontani, non conviene neppure fare l'invio per ferrovia, il quale sarà praticato quando mi venisse comandato dal committente.

Imitazioni e contraffazioni

I bagni artificiali hanno trovato largo numero d'imitatori e contraffattori. Per evitare equivoci si richiedano direttamente al Prof. F. Arena Napoli.

Anno XV. Aprile 1895 Fasc. 2.

ARCHIVII ITALIANI
DI
LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. FERDINANDO MASSEI
Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Dott. ALESSANDRO TRIFILETTI
Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia.

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8° ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al prof. **MASSEI**, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. **MASSEI**.

NAPOLI
STABILIMENTO TIPOGRAFICO MERIDIONALE
Via Nuova Pizzofalcone, 14
1895

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. **F. MASSEI**, *in* NAPOLI, *Piazza Municipio, 4.*

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

LIBRI VENUTI IN DONO

SEMON dott. F. — The results of radical operation for malignant disease of the larynx. London, 1894.

SEMON e SHATTOCK. — Sequel to a case of anomalous tumour of the larynx. London, 1894.

SEMON dott. F. — On the alleged special liability of benign laryngeal growths to undergo malignant degeneration after intra-laryngeal operations. — With an appendix by DAVID NEWMAN — 2 opuscoli, New-York, Giugno e Settembre, 1894.

BRESGEN dott. M. — Die Nasenkrankheiten der Schulkinder. München, 1894.

BOTEY dott. R. — De la operaciòn de Rouge. Barcelona, 1894.

MONTEFUSCO prof. A. — Congresso internazionale d'Igiene e Demografia tenuto a Budapest nel Settembre del 1894. — Relazione all'Onorevole signor Sindaco di Napoli, 1895.

MASUCCI prof. P. — Sullo spasmo glottico e la tetania nei bambini. Napoli, 1894.

— Sul contagio difterico nelle scuole e nei convitti. Napoli, 1895.

FRENCH dott. T. — Observations on some of the results of cutting operations on the nasal saeptum. New-York, 1894.

BLISS dott. A. — Abnormalities of the upper respiratory tract and ear, found commonly among deafmutes. Rochester, 1894.

GRADENIGO e PES — Sulla cura razionale dell'otite media acuta. Studio clinico e batteriologico. Torino, 1894.

DI LORENZO prof. G. — Sommario clinico-statistico semestrale dell'Infermeria pediatrica-medica della R. S. Casa dell'Annunziata di Napoli, 1894.

RUPP dott. A. — Perforations of the nasal septum. New-York, 1894.

CORRADI dott. C. — Sulla frequenza delle vegetazioni adenoidi nello spazio naso-faringeo in Italia — Metodo operativo preferibile. Firenze, 1894.

— Intorno alla probabile spiegazione delle esperienze di Weber. Roma 1894.

ZUCKERKANDL prof. E. — Anatomie normale et pathologique des fosses nasales et de leurs annexes pneumatiques — Traduit sur la 2e édition Allemande. Paris, 1895.

HOBBS dott. A. — Adenoids, with a description of new instruments for their excision. Atlanta, 1894.

CHIUCINI dott. C. — Due casi di emiatrofia linguale. Roma, 1894.

— Quattro casi di apertura involontaria del seno laterale in operazioni sulla mastoide. Torino, 1895.

SGOBBO prof. F. P. — L'elettricità in medicina — Prolusione. Napoli, 1894.

EGIDI dott. F. — La sieroterapia nella difterite. Osservazioni cliniche. Firenze, 1895.

GLEITSMANN dott. J. W. — A multiple powder blower. New-York, 1894.

— A new conchotome. New-York, 1894.

— The importance of an early diagnosis of malignant tumors of the throat New-York, 1894.

— Surgical treatment of laryngeal tuberculosis.

BOTEY dott. R. — Trabajos e' Instrumentos presentados en la Seccion de Laringologia del XI Congreso Medico Internacional de Roma. Barcelona, 1894.

O' DWER dott. J. — Intubation in the treatment of chronic stenosis of the larynx. New-York, 1894.

Corradi dott. C. — Un cas d'adenome de la corde vocale droite. Paris, 1895.
— Meningite purulenta e idrocefalo acuto da otite media suppurativa — Sospetto di ascesso cerebrale; trapanazione — Morte. Torino, 1895.

Kuttner dott. A.—Larynxödem und submucöse Laryngitis. Eine historisch-kritische Studie. Berlin, 1895.

Loewenberg dot. B. — Le microbe de l'ozène. Paris, 1894.

Roux dott. E.—Contribution à l'étude des calculs amygdaliens. Bordeaux, 1895.

Chiucini dott.G.—Fibro-sarcoma della Pia comprimente il Flocculus pneumogastrici e l'amigdala cerebellaris di sinistra. Roma, 1894.

Lichtwitz dott. L. — De l' ablation des amygdales avec l' anse èlectrothermique. Paris, 1895.

D'Aguanno dott. A. — A proposito di una nota sui corpi estranei del condotto uditivo. Firenze, 1895.
— Sulla fase di regressione o di guarigione spontanea dei tumori faringei e naso-faringei. Firenze, 1894.

Chiari prof. O. — Circumscripte keratose in Larynx. 1895.
— Sur l' origine et la structure des polypes dits muqueux d-s cordes vocale:. Paris, 1895.

Flatau dott. T. — Nasen—Rachen und Kehlkopfkrankheiten. Leipzig, 1895.

De Roaldes dott. A. — A case of foreign body (guld coin) engaged in the ventricles of the larynx. New-York, 1894.
— A case of compound follicular odontoma invading the right antrum of Highmore and obstructing the corresponding nasal fossa. New-York, 1894.
— Bromide of etyll as an ana sthetic in oto-laryngological practice. New-Orleans, 1894.
— The differential diagnosis between diphteria and other diphtheroid (pseudo membranons) inflammations of the upper air-passages can only be positively establissed in doubtful cases, by the presence of the Klebs-Loeffler bacillus. New-Orleans, 1894.

Cozzolino prof. V. — I progressi diagnostici e pronostici nelle otopatie, rilevati mercè i diapason in serie. Napoli, 1895.

Levy dott.R.—The treatment of empyema of the anthrum of Highmore 1894.
— Drainage and irrigation of th: maxillary antrum 1894.

Abate prof. C. — Broncorragie vicarianti. Napoli, 1894.
— Spasmo tonico dei dilatatori della glottide. Catania, 1895.
— Un caso di pulmonite all'apice a forma adinamica. Catania, 1895.

Stanziale prof. R. — Nota istologica sulla Leucocheratosi boccale (psoriasi boccale). Milano, 1894.

Zagari e Calabrese — Ricerche cliniche e sperimentali sulla tossina ed antitossina difterica. Napoli, 1895.

Amico Roxas dott. S. — Tre casi di difteria curati col siero antidifterico di Behring. Napoli, 1895.

Corradi dott. C.—Ospedale Civico di Verona — Resoconto e considerazioni intorno alla Sezione « Crup ed angina difterica » durante il 1894. Roma, 1895.
— Se l' espettorazione avvenga più facilmente colla tracheotomia ovvero colla intubazione. Roma, 1895.

Cozzolino prof. V.—Sei lezioni sulla patologia e chirurgia internasale, Roma, 1894.
— Esposizione clinica generale sulla difteria, difterici e sieroterapia. Firenze 1895.

Ventra dott. V. — Il colera negli alienati. Nocera, 1895.

La Redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori

LA SIEROTERAPIA NELLA DIFTERITE

PRELEZIONE

del Prof. **FERDINANDO MASSEI**

fatta il 6 Dicembre 1894

E RACCOLTA STENOGRAFICAMENTE DAL

Prof. **ENRICO BOTTAZZI**

Vendibile al prezzo di L. 0,50

A BENEFICIO DELL'ISTITUTO DI SIEROTERAPIA

presso l'editore **LUIGI PIERRO**

79, Piazza Dante

NAPOLI

FERDINANDO PROF. MASSEI

L'INTUBAZIONE DELLA LARINGE

NEI BAMBINI E NEGLI ADULTI

LEZIONI CLINICHE

RACCOLTE STENOGRAFICAMENTE

dal signor GIUSEPPE MASSAROTTI

Laureando in Medicina e Chirurgia

AMPLIATE E RIVEDUTE DALL' AUTORE

Elegante edizione con 21 figura intercalate nel testo

Prezzo L. 2,00.

Dirigere le commissioni al Prof. **Massei**, *4 Piazza Municipio*
NAPOLI

Anno XV. **Luglio 1895** **Fasc. 3.**

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. FERDINANDO MASSEI

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Dott. ALESSANDRO TRIFILETTI

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia.

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8° ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno; e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al prof. **MASSEI**, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. **MASSEI**.

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. **F. MASSEI**, *in* NAPOLI, *Piazza Municipio, 4.*



NAPOLI
STABILIMENTO TIPOGRAFICO MERIDIONALE
Via Nuova Pizzofalcone, 14
1895

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

LIBRI VENUTI IN DONO

Herzfeld dott. J. — Zur Behandlung des Stirnhöhlenempyems. Leipzig, [illegible]
— Zur Frage der electrischen Durchleuchtung der Gesichtsknochen und der Pupille bei Empyema Antri Highmori. Berlin 1893.
Morgentan dott. G. — Ethyl Bromid Anesthesia in Post—Nasal Adenoid Growths. Chicago, 1895.
Gioffredi dott. C. — Secondo caso di mutismo isterico, guarito con l'ete rizzazione. Napoli, 1895.
Della Vedova dott. T. — Proposte circa la profilassi della difterite. Milano, 1895.
Benevento dott. A. — Appunti di terapia in un'epidemia di pertosse. Milano, 1895.
Abate prof. C. — L'edema laringeo come indirizzo alla diagnosi delle malattie renali. Napoli, 1895.
Ruault dott. A. — Le phénol sulforiciné dans la tuberculose laryngée. Paris, 1895.
Cozzolino dott. O. — La tubercolosi sperimentale da inoculazione endotracheale nei conigli. Roma, 1895.
Chappell dott. W. F. — The treatment of Laryngeal tubercolosis by the application and submucous injection of creosote. New-York, 1895.
Strazza dott. G. — Contributo alla casuistica dei tumori del setto nasale. Firenze, 1895.
— Casi d'empiema dell'antro mascellare ecc. Firenze, 1895.
Gioffredi dott. C. / Zinno dott. A. — Contributo alla Patologia del Morbo di Addison. Napoli, 1895.
Sclavo dott. A. — La difterite in Italia. Roma, 1894.
— Relazione sul valore di alcuni sieri antidifterici. Roma, 1895.
— Dell'immunizzazione dei polli contro il bacillo difterico di Klebs-Löffler ecc. Torino, 1895.
— Relazione sull'acqua potabile di Cagliari. Roma, 1895.
— Della coltura del diplococco di Fränkel nelle uova. Roma, 1895.
Vignola dott. G. B. — Infezioni e disinfezioni. Conferenza popolare. Napoli, 1895.
Arena prof. F. — Caratteri delle urine dei difterici curati con le antitossine. Napoli, 1895.
Moure prof. E. J. — Du catarrhe naso-pharyngien. Paris, 1895.
Wright dott. J. — A consideration of the vascular mechanism of the nasal mucous membrane and its relations to certain pathological processes. New-York, 1895.
Gonguenheim dott. A. — La diphtérie au pavillon d'isolement de l'Hôpital Lariboisière et son traitement par le serum de Roux. Paris, 1895.
Maisano dott. V. — La Sieroterapia nella difterite. Reggio Calabria, [illegible]
Garnault — Le traitement des affections du nez, de la gorge et des oreilles par les mouvements du massage rhythmé ou vibratoire. Paris, 1895.
— Contribuzion a l'étude de la morphologie des fosses nasales. L'organe de Jacobson. Paris 1895.
St. Clair Thomson e Hewlett — Micro-organisms in the healthy Nose. London, 1895.
Ricci dott. A. — Dieci casi di crup curati col siero antidifterico. Napoli, [illegible]
Thormer dott. M. — Multiple papillomata of the larynx, 1894.
Fink dott. E. — Die Bedentung des Schnupfens der Kinder. Halle, 1895.

La Redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori.

LA SIEROTERAPIA NELLA DIFTERITE

PRELEZIONE

del Prof. **FERDINANDO MASSEI**

fatta il 6 Dicembre 1894

E RACCOLTA STENOGRAFICAMENTE DAL

Prof. ENRICO BOTTAZZI

Vendibile al prezzo di L. 0,50

A BENEFICIO DELL' ISTITUTO DI SIEROTERAPIA

presso l' editore **LUIGI PIERRO**

79, Piazza Dante

NAPOLI

FERDINANDO PROF. MASSEI

L'INTUBAZIONE DELLA LARINGE

NEI BAMBINI E NEGLI ADULTI

LEZIONI CLINICHE

RACCOLTE STENOGRAFICAMENTE

dal dottor **GIUSEPPE MASSAROTTI**

AMPLIATE E RIVEDUTE DALL' AUTORE

Elegante edizione con 21 figura intercalate nel testo

Prezzo L. 2,00.

Dirigere le commissioni al Prof. **Massei**, *4 Piazza Municipio*
NAPOLI

Anno XV. Ottobre 1895 Fasc. 4.

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Dott. **ALESSANDRO TRIFILETTI**

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia.

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8° ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al prof. **MASSEI**, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. **MASSEI**.

NAPOLI
STABILIMENTO TIPOGRAFICO MERIDIONALE
Via Nuova Pizzofalcone, 11
1895

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. F. **MASSEI**, *in* NAPOLI, *Piazza Municipio, 4.*



SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

LA SIEROTERAPIA NELLA DIFTERITE

PRELEZIONE

del Prof. **FERDINANDO MASSEI**

fatta il 6 Dicembre 1894

E RACCOLTA STENOGRAFICAMENTE DAL

Prof. ENRICO BOTTAZZI

Vendibile al prezzo di L. 0,50

A BENEFICIO DELL' ISTITUTO DI SIEROTERAPIA

presso l' editore **LUIGI PIERRO**

79, Piazza Dante

NAPOLI

LIBRI VENUTI IN DONO

Neuhaus dott. E. — Ueber intra-nasale Synechien. Eidelberg, 1894.
Wohnlich dott. W. — Ueber das Empyema antri Highmori — Inaugural dissertation. Jena, 1895.
Ames Bliss dott. A. — The use of scissors in excision of the tonsils, with reference to a new-instrument. Philadelphia, 1895.
Egidi dott. F. — Venti casi di crup e difterite curati col siero di Behring. Roma, 1895.
Lermoyez dott. M. e Helme dott. F. — Les staphylocoques et l'otorrhée. Paris, 1895.
Lermoyez dott. M. — Technique générale des operations intra-nasales. Paris, 1895.
Gradenigo prof. G. — Resoconto statistico della Sezione Otojatrica del Policlinico generale di Torino, nel sessennio 1° giugno 1889-31 maggio 1895. Torino, 1895.
Myles dott. R. — Diagnosis of the diseases of the accessory sinuses and their treatment. 1895.
Egidi dott. F. — Nuovo apparecchio d'intubazione laringea semplificato. Roma, 1895.
Hobbs dott. A. G. — Scopolamine as a mydriatic. Boston, 1895.
— When to wear Glasses and how to choose them.
— Report of the diphtheria antitoxine Commission of New-Orleans. New-Orleans, 1895.
— Fifth annual report of the eye, ear, nose and throat Hospital of New-Orleans. New-Orleans, 1895.
Gradenigo e Pes — Les staphylocoques pyogènes dans les otites moyennes aigues et chroniques et en particulier de leur mode de traitement. Paris, 1895.
Gouguenheim dott. A. — La diphtèrie de l'adulte à l'hôpital Lariboisière. Pasis, 1895.
Bonain — Laryngite oedémateuse chez un enfant de 15 mois à la suite de l'introduction d'un corps étranger dans le larynx. Intubation du larynx pendant 24 heures. Guérison. 1895.
Gradenigo prof. G. — Sulle manifestazioni auricolari dell'isterismo. Torino, 1895.
Arslan dott. Y. — Sequestro osseo del condotto uditivo esterno sinistro.
— Un caso di cosidetta rinite caseosa (rinorrea purulenta caseiforme). Torino, 1895.
— Contributo allo studio dei tumori del setto nasale. Torino, 1895.
— Anestesia generale col bromuro di etile. Venezia, 1894.
Marano dott. S. — Relazione sullo stato igienico-sanitario del comune di Salerno. Salerno, 1895.
Belfiore dott. G. — I risultati della Sieroterapia. Napoli, 1895.
De Michele dott. P. — Sulla frequenza delle nefriti primarie e secondarie da diplococco lanceolato. Milano, 1895.
Kayser dott. R. — Die exacte Messung der Luftdurchgängigheit der Nase. Berlin, 1895.
Lichwtwitz — Fistule branchiale du cou guérie par l'électrolyse. 1895.
— Angiome du pharynx 1895.
D'Ambrosio prof. A. — Rendiconto sommario di un triennio di chirurgia ortopedica nella R. Università di Napoli.
Benevento dott. A. — Contributo allo studio della febbre puerperale dal punto di vista etiologico, profilattico e terapeutico. Milano, 1895.
Thorner dott. M. — A new mastoid retractor. New-York, 1895.

La Redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori.

Anno XIV. Gennaio 1894 Fasc. I.

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. FERDINANDO MASSEI

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Dott. ALESSANDRO TRIFILETTI

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia.

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8° ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al prof. Massei, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. Massei.

NAPOLI
STABILIMENTO TIPOGRAFICO MERIDIONALE
Via Nuova Pizzofalcone, 14
1894

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. **F. MASSEI**, *in* NAPOLI, *Piazza Municipio, 4.*

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

Anno XIV. Aprile 1894 Fasc. 2.

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. FERDINANDO MASSEI

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Dott. ALESSANDRO TRIFILETTI

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia.

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8° ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al prof. Massei, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. Massei.

NAPOLI
STABILIMENTO TIPOGRAFICO MERIDIONALE
Via Nuova Pizzofalcone, 14
1894

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. **F. MASSEI**, *in* NAPOLI, *Piazza Municipio, 4.*

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

LIBRI VENUTI IN DONO

Onodi prof. A. — Untersuchungen Zur Lehre von den Kehlkopslähmungen. Berlin, 1893.

Mc Naughton dott. G. — Treatment of true croup by intubation of the larynx.

Maddren dott. W. — Treatment of true croup by the sublimation of calomel — (Corbin or Brooklyn method). New-York, 1893.

Simpson dott. W. R. — The treatment of non-membranous stenosis of the larynx in the adult by O' Dwyer's method of intubation. New-York, 1893.

Peyrissac dott. E. — Étude sur les abces chroniques enkystés de l'amygdale. Paris, 1893.

Breda prof. A. — Rapporti tra i bacilli e le degenerazioni jaline del rinoscleroma. Milano, 1893.

Gonzalez Alvarez dott. B. — Higiene de la alimentaciòn en los ninos desde el nacimiento hasta la segunda enfancia lactancia y destete. Madrid, 1893.

Gutzmann prof. A. — Della balbuzie e della sua guarigione. Traduzione italiana del Dottor Carlo Biaggi. Milano, 1893.

Waxham prof. F. — Report of four hundred and sixty-six cases of Intubation of the Larynx — 1893.

Gradenigo prof. G. — Contribution à l' ètude statistique des maladies de l' organe de l' ouie. Paris, 1893.

Desvernine dott. C. — De l' influence des tractions linguales sur certaines aphonies nerveuses. Paris, 1893.

Egidi dott. F. e Concetti dott. L. — Etiologia del crup primitivo. Roma, 1893.

D'Aguanno dott. A. — Sequestro osseo nel condotto uditivo esterno. Firenze, 1893.

— Comunicazione anormale congenita della porzione ossea del condotto uditivo esterno colla cassa timpanica. Torino, 1893.

Scheppegrell dott. W. — Hysterical aphonia. New-Orleans, 1893.

Della Vedova dott. E. — Risipola primitiva della laringe seguita da flemmone profondo del collo. Milano, 1893.

Rosenberg dott. A. — Die Intubation bei Larynxstenosen. Berlin, 1893.

Bobone dott. T. — Due casi di polipo naso-faringeo operati e guariti colla semplice ustione galvanica. Firenze, 1893.

Bayer — De la valeur thèrapeutique des hydrocarbures en gènèral, spécialement des « vasogènes Klever ». Paris, 1893.

FASANO Prof. A. — Un caso di pemfico della mucosa faringea e tracheale. Napoli, 1893.

HERZFELD dott. J. — Rhinologische Mittheilungen. Berlin, 1893.

— Ein Beitrag Zur Lehre des primären Larynx-Erysipels. Berlin, 1893.

TARANTO dott. P. — Terapia delle varie forme cliniche di mastoiditi da otite media purulenta. Firenze, 1893.

MASINI Prof. G. — Nuove ricerche sperimentali sui centri motori corticali della laringe. Firenze, 1893.

— Sulla fisiopatologia del ricorrente. Genova, 1893.

POLI dott. C. — Ascesso perilaringeo da actinomicosi. Genova, 1893.

FLATAU dott. T. — Sur un cas anormale d'empyème du sinus maxillaire. Paris, 1893.

BAER dott. G. — Tracheotomie und Intubation in Kinderspital Zürich. Beobachtungen aus den Jahren 1874-1891. Leipzig, 1892.

THOMAS — Note sur l' emploi de la Cocäine trinitrinée. Paris, 1893.

— Électrisation endo-laryngée dans un cas de névrite péripherique diffuse des deux recurrents. Paris, 1893.

— Les eaux sulfureuses dans les affections tuberculeuses du larynx. Bordeaux, 1893.

FINK dott. E. — Ueber malignant Transformation gutartiger Geschwülste der Highmorshöhle. Leipzig, 1893.

CHIARI prof. O. — Ueber Tuberculome der Nasenschleimhaut. Berlin 1893.

GRADENIGO prof. G. — Le surdité dans la méningite cérébro-spinale. Paris, 1893.

ABATE prof. C. — Ipnotismo e massaggio. Catania 1893.

SOLIS COHEN prof. J. — Rhinopharyngeal und nasal neoplasms. Philadelphia, 1893.

— Laryngectomy. Philadelphia, 1893.

NEWCOMB dott. J. — Electrolysis for the relief of certain morbid conditions of the nasal septum. New-York, 1893.

— The occurence of hemorrhage after operation for the removal of adenoid tisue from the naso-pharyngeal vault: with the report of a fatal case. New-York, 1893.

RIGHT dott. J. — Some remarks on the structure of oedematous nasal polypi. New-York, 1893.

— Nasal douches and sprays. New-York, 1893.

— A case of primary lupus of the pharynx. New-York, 1893.

— Nasal papillomata. New-York.

— Tracheal syphilis, with a report of two cases. New-York, 1893.

FLATAU u. GUTZMANN — Die Kunst des Bauchredners. Berlino, 1893.

DE ROALDES dott. A. — Case of alarming epistaxis of grippal origin and dangers of post-nasal plugging. New-York, 1893.

CADOT dott. A, — Le la voix eunuchoide, son traitement. Lyon, 1893.

GAREL dott. J. — Sur un signe complémentaire dans le diagnostic de l'empyème de l' antre d' Highmore par l' éclairage électrique par transparence. Paris, 1793.

— Le traitement médical de la tuberculose laryngée. Paris, 1893.

— Mycosis benin de l' arrière-gorge. Paris, 1893.

MAX THORNER prof. A. M. — Acute pharyngitis. Philadelphia, 1893.

SCHIFFERS dott. J. — Syphilis de la tonsille linguale. Liège, 1893.

BIONDI prof. D. — Note su alcune osservazioni di Patologia e Clinica Chirurgica. Bologna, 1892.

DUCREY prof. A. e ORO dott. M.—Contribuzione alla istologia patologica, etiologia e patogenesi del condiloma acuminato. Napoli, 1893.

PESTALOZZA dott. F. — La pseudo-pertosse. Napoli, 1893.

NATIER Dott. N. — Pharyngites hèmorrhagiques. Paris, 1893.

MORSELLI prof. E. — Le alterazioni della voce nelle malattie mentali in rapporto allo stato psichico. Firenze, 1893.

GARNAULT dott. P. — Le massage vibratoire et èlèctrique des muquenses. Paris, 1894.

BISHOP dott. S. — A new pathology and treatment of Nervous catarrh. Chicago, 1893.

— A New adjustable lamp bracket. Chicago, 1893.

CIMMINO dott. R. — Resoconto statistico dell' ambulatorio diretto dal Professore Cozzolino. Forlì, 1893.

MOUNT BLEYER dott. J. — Eight cases of syphilitic stenosis of the larynx caused by wed formation, operated by my method of combined tubage and the kinfe. Chicago, 1893.

— A report of three recovered cases of asphyxiation from illuminating gas. New-York, 1893.

RAMON DE LA SOTA Y LASTRA — Laringitis luposa. Madrid, 1893.

— Laringitis sifilitica hiperplàstica. Accesos de sofocacion de tiempo en tiempo. Traqueotomia — « in articulo mortis » — Respiracion artificial durante una hora — Barcelona, 1893.

CARBONNIER dott. H. — Contribution à l'ètude de l'angine syphilitique aux trois périodes. Dysphagie prolongée. Lyon, 1893.

NAVRATIL prof. E. — Thierversuche über die Kehlkopfinnervation und über den N. accessorius Willisii. Budapest, 1894.

SCHMIDT prof. M. — Die Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin, 1894.

GRADENIGO prof. G. — Associazione dell'isterismo con lesioni organiche dell'orecchio. Milano, 1893.

SCHEPPEGRELL dott. W. — Non malignant tumors of the larynx. New-Orleans, 1893.

CONCETTI dott. L. — Studi clinici e ricerche sperimentali sulla difterite. Roma, 1894.

La redazione ringrazia cordialmente i gentili donatori.

Anno XIV. Luglio 1894 Fasc. 3.

ARCHIVII ITALIANI DI LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. FERDINANDO MASSEI

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Dott. ALESSANDRO TRIFILETTI

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia.

Conto corrente con la posta

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. F. MASSEI, in NAPOLI, Piazza Municipio, 4.

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8° ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al prof. MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. MASSEI.

NAPOLI
STABILIMENTO TIPOGRAFICO MERIDIONALE
Via Nuova Pizzofalcone, 14
1894

SOMMARIO

LIBRI VENUTI IN DONO

BRESGEN dott. M. — Beiträge Zur « Ozaena » Frage. München, 1894.

MAYER dott. E. — The treatment of follicular pharyngitis, with a report of twenty cases operated upon by the pharyngeal curette, New-York, 1894.

CUOMO dott. V. — L'isola di Capri come stazione climatica. Napoli 1894.

GOUGUENHEIM dott. A. — Traitement chirurgical de la phtisie laringée. Paris, 1894.

GOUGUENHEIM-GLOVER — Atlas de Laryngologie et de Rhinologie. Paris, 1874.

COZZOLINO prof. V. — Conclusioni sui processi etiologici, pronostici e terapici nelle otopatie microbiche. Napoli, 1894.

» Kératose dégénerative fétido-saprophytique ou ozène. Paris, 1894.

GRADENIGO prof. G. — Sur l'empyème latent du sinus maxillaire, Paris, 1894.

SPIESS dott. G. — Zur Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand. Frankfurt a M. 1894.

TISSIER dott. P. — L'Ozène. (Son unité, ses lésions génératrices, son traitement). Paris, 1894.

THOMAS — Traitement de diverses maladies de voies respiratoires par les injections intratrachéales. Marseille, 1894.

GRAZZI prof. V. — Sulla utilità della ginnastica vocale e polmonare per i bambini e fanciulli gracili o delicati di petto. Firenze, 1894.

MONDINO prof. C. — Lezioni di anatomia generale e di tecnica per la microscopia (2 puntate) Torino, 1893.

PANSINI prof. S. e CALABRESE dott. A. — Ulteriori ricerche sul potere microbicida del siero e tentativi di guarigione dell'infezione da diplococco per mezzo della chinina. Napoli, 1894.

CHIARI prof. O. — Ueber die Operation der adenoiden Vegetationeen. Wien 1894.

CACCIOPPOLI prof. G. — Disarticolazione interilio-addominale. Napoli, 1894.

MOURE prof. E. J. — Contribution à l'étude de l'ulcere perforant de la cloison du nez. Paris, 1894.

IACOBI prof. A. — Non nocere. New-York, 1894.

La Redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori.

Altri bagni minerali

Oltre ai sali indicati, ho preparato pure quelli per i bagni **salso-iodici, arsenicali, mercuriali,** e poi i sali per l'acqua di **mare artificiale, per quelli alcalini di Casamicciola, Ischia, Bagnoli, Pozzuoli, Castellammare di Stabia, compresi anche quelli delle Confluente.**

Modo di spedire i bagni

Il miglior modo di spedizione sono i pacchi postali da cinque o tre chilogrammi. I pacchi da tre chilogrammi contengono 10 bagni di qualunque specie, *meno i solforosi* che ne contengono 6. I pacchi da 5 chilogrammi contengono 15 bagni di qualsiasi specie *meno i solforosi* che ne contengono 10 cioè 20 boccette. I pacchi ferroviari contengono 30 bagni di qualsiasi specie, e di quelli solforosi 23.

Condizioni di vendita.

1. Ogni pacco da 5 chilogrammi di qualunque bagno (meno i solforosi) compreso cassetta ed affrancatura di porto, costa L. 13.00.

2. Pei *bagni solforosi* ogni pacco da 10 compreso cassetta ed affrancatura di porto costa L. 9.25. Da tre chilogrammi qualunque pacco da 10 bagni compreso tutto, L. 8.60. — I solforosi di sei bagni compreso tutto, L. 5.60. — I pacchi ferroviari da 30 bagni L. 25,00, cempreso tutto. — I solforosi da 23 bagni L. 20 tutto compreso.

3. Qualunque bagno acquistaio in farmacia, costa L. 0,75 ognuno.

4. Si accordano 10 centesimi a bagno di sconto a chi ne fa in una sola volta la richiesta di 50 e di una sola specie.

5. Non si accettano commissioni che non siano accompagnate dal loro relativo importo, come gli assegni ferroviari debbono essere anticipati per metà e non si risponde alle lettere non munite di risposte affrancate.

6. Nella richiesta, quando non vi fossero Ufficii Postali autorizzati a ricevere pacchi, io eseguo sempre la spedizione all'Ufficio più vicino indicatomi dal medesimo committente.

7. Quando la richiesta sorpassa il numero di trenta bagni, nei paesi lontani, non conviene neppure fare l'invio per ferrovia, il quale sarà praticato quando mi venisse comandato dal committente.

Imitazioni e contraffazioni

I bagni artificiali hanno trovato largo numero d'imitatori e contraffattori. Per evitare equivoci si richiedano direttamente al Prof. F. Arena Napoli.

Anno XIV. Ottobre 1894 Fasc. 4.

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. FERDINANDO MASSEI

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Dott. ALESSANDRO TRIFILETTI

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia.

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8° ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. **5** per l'**Italia**, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al prof. **MASSEI**, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. **MASSEI**.

NAPOLI
STABILIMENTO TIPOGRAFICO MERIDIONALE
Via Nuova Pizzofalcone, 14
1894

Conto corrente con la posta

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. **F. MASSEI**, *in* NAPOLI, *Piazza Municipio, 4.*

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

LIBRI VENUTI IN DONO

SCHEPPEGRELL dott. W. — Congenital occlusion of the posterior nares. New-Orleans, 1894.
CIPRIANI dott. F. — La difterite e il bleu di metilene. Palermo, 1894.
COZZOLINO prof. V. — Otonevrastenia essenziale ed associata; nevrastenia e vertigini auricolari. Napoli, 1894.
FERROUD dott. P. — L'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte. Lyon, 1894.
COZZOLINO prof. V. — Fibroma papillare cistico teleangectasico della cassa timpanica con un accenno alle neo-produzioni fibrose e papillomatose dell'orecchio esterno e medio. Torino, 1894.
D'AGUANNO dott. A. — Distribuzione geografica e gravità delle malattie d'orecchio in Italia. Firenze, 1894.
COZZOLINO prof. V. — Progressi etiologici, patogenetici, pronostici e terapici nelle otopatie dovuti alle ricerche batteriologiche. Firenze 1894.
— Istrumentario per la Rino-Chirurgia interna. Milano, 1894.
CATTI dott. G. — Der pharyngo-laryngeale Typus der acuten Miliartuberculose. Wien, 1894.
FERRANNINI dott. A. — Prime ricerche sulla esistenza di alterazioni peculiari del ricambio materiale nel diabete insipido. Napoli, 1894.
— Nucleo nosologico della siringomielia definito da una sua forma familiare sinora non descritta. Napoli, 1894.
— Le vie afferenti dei riflessi superficiali cutanei e mucosi sono diverse da quelle delle comuni sensibilità generali. Napoli, 1894.
ARSLAN dott. YERWANT. — Corpo straniero nel seno mascellare sinistro. Firenze 1894.
HOBBS dott. G. A. — The uses and abuses of Cocaine with reference to mucous membranes especially. London, 1894.
— The treatement of pterygia with the galvano-cautery. Nashville. Tem. 1894.
MARTINEZ dott. E. — Rinitis atrófica. Habana, 1894.
CHINCINI dott. G. — A proposito di un calcolo nel con lotto di Warthon. Firenze, 1894.
SCHMIEGELOW dott. E. — Corps étranger dans l'œsophage extrait par la pharyngotomie soushyoidienne. Guerison. Paris, 1894.
BRESGEN dott. M. — Die Eiterungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Monaco, 1894.
MANDRAGORA dott. D. — Ipertrofia delle tonsille. Bari, 1894.
ROQUER CASADESUS dott. J. — Sobre los reflejos derivados de la nariz, faringe y laringe. 1894.
D'AGUANNO dott. A. — Larves vivantes dans l'oreille. Paris, 1894.
LICHTWITZ dott. L. — Adhérence complète du voile du palais à la paroi postèrieure du pharynx. Intervention. Paris, 1893.
COZZOLINO prof. V. — Le fratture della rocca petrosa dal punto di vista dell'otojatria, con considerazioni medico-legali per l'audizione. Piacenza, 1894.
SECRETAN dott. L. — Le rhinosclérome en Suisse. Saint-Amand, 1894.
RAUGÉ dott. P. — L'infundibulum et les orificès des sinus. Paris, 1894.
CORRADI dott. C. — Due casi di ulcerazioni delle fauci in soggetti tubercolosi. Venezia, 1894.
— Intorno al cateterismo, alle insufflazioni d'aria ecc. del canale naso-lagrimale dalla via del naso ecc. Venezia, 1894.
SOKOLOWSKI prof. A. — Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen Kehlkohopfentzündung. (Laryngitis chronica hypertrophica, Laryngitis hypoglottica chronica). Berlin, 1894.
KUTTNER dott. A. — Die sogenannte idiopathische acute Perichondritis der Nasenscheidewand. Berlin, 1894.
ORO dott. M. — Sulle dermatiti esfoliatrici generalizzate. Milano, 1893.
DELLA VEDOVA dott. T. — Sifilide gommosa delle amigdale. Milano, 1894.
LENNOX BROWNE — On the indications and limits of topical treatment in laryngeal phthisis. London, 1894.
GOUGUENHEIM et RIPAULT — Des abcès peri-amygdaliens. Paris, 1894.

La Redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori.

Altri bagni minerali

Oltre ai sali indicati, ho preparato pure quelli per i bagni **salso-iodici, arsenicali, mercuriali**, e poi i sali per l'acqua di **mare artificiale, per quelli alcalini di Casamicciola, Ischia, Bagnoli, Pozzuoli, Castellammare di Stabia, compresi anche quelli delle Confluente.**

Modo di spedire i bagni

Il miglior modo di spedizione sono i pacchi postali da cinque o tre chilogrammi. I pacchi da tre chilogrammi contengono 10 bagni di qualunque specie, *meno i solforosi* che ne contengono 6. I pacchi da 5 chilogrammi contengono 15 bagni di qualsiasi specie, *meno i solforosi* che ne contengono 10, cioè 20 boccette. I pacchi ferroviari contengono 30 bagni di qualsiasi specie, e di quelli solforosi 23.

Condizioni di vendita.

1. Ogni pacco da 5 chilogrammi di qualunque bagno (meno i solforosi) compreso cassetta ed affrancatura di porto, costa L. 13,00.

2. Pei *bagni solforosi* ogni pacco da 10 compreso cassetta ed affrancatura di porto costa L. 9.25. Da tre chilogrammi qualunque pacco da 10 bagni compreso tutto, L. 8.60. — I solforosi di sei bagni compreso tutto, L. 5.60. — I pacchi ferroviari da 30 bagni L. 25,00, compreso tutto. — I solforosi da 23 bagni L. 20 tutto compreso.

3. Qualunque bagno acquistato in farmacia, costa L. 0,75 ognuno.

4. Si accordano 10 centesimi a bagno di sconto a chi ne fa in una sola volta la richiesta di 50 e di una sola specie.

5. Non si accettano commissioni che non siano accompagnate dal loro relativo importo, come gli assegni ferroviari debbono essere anticipati per metà e non si risponde alle lettere non munite di risposte affrancate.

6. Nella richiesta, quando non vi fossero Uffici Postali autorizzati a ricevere pacchi, io eseguo sempre la spedizione all'Ufficio più vicino indicatomi dal medesimo committente.

7. Quando la richiesta sorpassa il numero di trenta bagni, nei paesi lontani, non conviene neppure fare l'invio per ferrovia, il quale sarà praticato quando mi venisse comandato dal committente.

Imitazioni e contraffazioni

I bagni artificiali hanno trovato largo numero d' imitatori e contraffattori. Per evitare equivoci si richiedano direttamente al Prof. F. Arena Napoli.

Altri bagni minerali

Oltre ai sali indicati, ho preparato pure quelli per i bagni **salso-iodici, arsenicali, mercuriati,** e poi i sali per l'acqua di **mare artificiale, per quelli alcalini di Casamicciola, Ischia, Bagnoli, Pozzuoli, Castellammare di Stabia, compresi anche quelli delle Confluente.**

Modo di spedire i bagni

Il miglior modo di spedizione sono i pacchi postali da cinque o tre chilogrammi. I pacchi da tre chilogrammi contengono 10 bagni di qualunque specie, *meno i solforosi* che ne contengono 6. I pacchi da 5 chilogrammi contengono 15 bagni di qualsiasi specie *meno i solforosi* che ne contengono 10 cioè 20 boccette. I pacchi ferroviari contengono 30 bagni di qualsiasi specie, e di quelli solforosi 23.

Condizioni di vendita.

1. Ogni pacco da 5 chilogrammi di qualunque bagno (meno i solforosi) compreso cassetta ed affrancatura di porto, costa L. 13.00.

2. Pei *bagni solforosi* ogni pacco da 10 compreso cassetta ed affrancatura di porto costa L. 9.25. Da tre chilogrammi qualunque pacco da 10 bagni compreso tutto, L. 8.60. — I solforosi di sei bagni compreso tutto, L. 5.60. — I pacchi ferroviari da 30 bagni L. 25,00, compreso tutto. — I solforosi da 23 bagni L. 20 tutto compreso.

3. Qualunque bagno acquistato in farmacia, costa L. 0,75 ognuno.

4. Si accordano 10 centesimi a bagno di sconto a chi ne fa in una sola volta la richiesta di 50 e di una sola specie.

5. Non si accettano commissioni che non siano accompagnate dal loro relativo importo, come gli assegni ferroviari debbono essere anticipati per metà e non si risponde alle lettere non munite di risposte affrancate.

6. Nella richiesta, quando non vi fossero Ufficii Postali autorizzati a ricevere pacchi, io eseguo sempre la spedizione all'Ufficio più vicino indicatomi dal medesimo committente.

7. Quando la richiesta sorpassa il numero di trenta bagni, nei paesi lontani, non conviene neppure fare l'invio per ferrovia, il quale sarà praticato quando mi venisse comandato dal committente.

Imitazioni e contraffazioni

I bagni artificiali hanno trovato largo numero d'imitatori e contraffattori. Per evitare equivoci si richiedano direttamente al Prof. F. Arena Napoli.

Anno XIV. Ottobre 1894 Fasc. 4.

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. FERDINANDO MASSEI

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Dott. ALESSANDRO TRIFILETTI

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia.

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8° ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. **5** per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al prof. **MASSEI**, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. **MASSEI**.

NAPOLI
STABILIMENTO TIPOGRAFICO MERIDIONALE
Via Nuova Pizzofalcone, 14
1894

Conto corrente con la posta

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. **F. MASSEI**, *in* NAPOLI, *Piazza Municipio, 4.*

